Казахстан

Медико-Демографическое Исследование 1995



Институт питания МН-АН РК



Академия профилактической медицины



Отдел медико-демографических исследований
Макро Интернэшнл Инк.

Комплекс показателей по детству, принятых в общемировой практике: Казахстан 1995

		Значения
	ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ	
Детская смертность	Показатель младенческой смертности	40 на 1000
	Показатель смертности до пяти лет	46 на 1000
Материнская смертность	Показатель материнской смертности	77 на 100000[1]
Недостаточность питания среди детей	Процент с низкорослостью	15.8
	Процент с истощением	3.3
	Процент с недостаточным весом тела	8.3
Обеспечение чистой питьевой водой	Процент домовладений с безопасным источником водоснабжения в 15 минутах ходьбы [2]	86.6
Тип туалета	Процент домовладений со смывным туалетом	42.6
Уровень образования	Процент женщин 15-49 лет с законченным начальным образованием	98.6
	Процент мужчин 15-49 лет с законченным начальным образованием	98.8
	Процент девочек 6-12 лет, посещающих школу	81.3
	Процент мальчиков 6-12 лет, посещающих школу	80.4
	Процент грамотных женщин 15-49 лет	99.8
Дети в исключительно трудной ситуации	Процент детей, являющихся полными сиротами (оба родителя умерли)	0.1
	Процент детей, не проживающих с родной матерью	8.1
	Процент детей, проживающих с единственным взрослым	4.1
	ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ	
Здоровье женщин		
Межродовой интервал	Процент родов с межродовым интервалом < 24 месяца	34.3
Безопасное материнство	Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи	92.5
	Процент родов с оказанием медицинской антенатальной помощи в первом триместре	58.9
	Процент родов с оказанием медицинской помощи	99.6
	Процент родов в медицинском учреждении	98.4
	Процент родов с высоким риском	38.7
Планирование семьи	Уровень распространения контрацептивных средств (любой метод, замужние женщины)	59.1
	Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи	15.7
	Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи с целью избежания родов с высоким риском	12.5
Питание		
Питание матери	Процент матерей с низким ИМТ	7.9
Низкий вес при рождении	Процент детей с низким весом тела при рождении (из сообщивших о весе ребенка)	9.1
Грудное вскармливание	Процент детей до 4 месяцев, находившихся на исключительном грудном вскармливании	12.0
Йод	Процент домовладений с использованием йодированной соли	52.9
Здоровье ребенка		
Контроль диареи	Процент детей с диареей в предшествовавшие 2 недели, получивших оральную регидратационную терапию	31.2
Острая респираторная инфекция	Процент детей с острой респираторной инфекцией в предшествовавшие 2 недели, получившие медицинскую помощь	47.7

[1] По данным Министерства здравоохранения РК

[2] Водопроводная, колодезная и бутылочная вода

Медико-Демографическое Исследование Казахстана 1995

Институт питания МН-АН РК
Алматы, Казахстан

Академия профилактической медицины
Алматы, Казахстан

Макро Интернэшнл
Калвертон, Мэрилэнд, США

Ноябрь, 1996

Данная монография представляет собой обобщение результатов Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) 1995 года, выполненной Институтом питания МН-АН Республики Казахстан при техническом содействии Макро Интернэшнл Инк (США) и финансовой поддержке Агентства США по международному развитию.

ПМДК является частью международной Программы медико-демографических исследований, предназначенной для получения и анализа информации о рождаемости, планировании семьи, здоровье матери и ребенка в различных странах мира. Дополнительную информацию о медико-демографическом исследовании Казахстана можно получить в Институте питания МН-АН РК: 480008, Алматы, Казахстан, ул. Клочкова, дом 66 (Телефон 3272-429-111, факс 3272-420-720). Кроме того, информация о международной Программе медико-демографических исследований может быть получена в Отделе медико-демографических исследований, Макро Интернэшнл Инк.: DHS, Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (Telephone: 301-572-0200; Fax: 301-572-0999).

Рекомендуемые ссылки:

Институт питания (Казахстан) и Macro International Inc. 1996. Медико-демографическое исследование Казахстана 1995 года. Алматы, Казахстан: Институт питания МН-АН РК и Macro International Inc.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Стр.

ТАБЛИЦЫ

Стр.

Стр.

Стр.

РИСУНКИ

АВТОРЫ МОНОГРАФИИ

Шарманов Торегельды Шарманович
доктор медицинских наук,
академик АН РК, АПМ РК и РАМН,
директор Института питания МН-АН РК,
президент Академии профилактической медицины.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

Салливан Джереми М.
доктор философии,
заместитель директора
Отдела медико-демографических исследований
Макро Интернэшнл, США.
11785 Beltsville Dr. Calverton, MD 20705, USA

Девятко Василий Николаевич
министр здравоохранения Республики Казахстан.
480004, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Аблайхана 63.
Министерство здравоохранения РК

Дуйсекеев Амангельды Дуйсекеевич
доктор медицинских наук,
первый заместитель министра здравоохранения РК.
480004, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Аблайхана 63.
Министерство здравоохранения РК

Каюпова Нина Амировна
доктор медицинских наук,
академик АПМ РК,
директор Научного центра охраны материнства и детства МЗ РК.
480020, Республика Казахстан, г. Алматы, пр. Достык 125

Шарманов Алмаз Торегельдиевич
доктор медицинских наук,
специалист по международному здравоохранению
Макро Интернэшнл, США.
11785 Beltsville Dr. Calverton, MD 20705, USA

Уайнстайн Кия И.
доктор философии,
консультант
Макро Интернэшнл, США.
11785 Beltsville Dr. Calverton, MD 20705, USA

Тан Ли
специалист по сэмплингу,
Макро Интернэшнл, США.
11785 Beltsville Dr. Calverton, MD 20705, USA

Карсыбекова Найля Мауленовна
старший научный сотрудник
Института питания МН-АН РК.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

Бекбосынов Темирхан Кадырбекович
старший научный сотрудник
Института питания МН-АН РК.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

Бикташева Хазина Мусатаевна
старший научный сотрудник
Научного центра охраны материнства и детства МЗ РК.
480020, Республика Казахстан, г. Алматы, пр. Достык 125

Балгимбеков Шамшидин Абдуалиевич
докторант
Института питания МН-АН РК.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

Сисемалиев Райымбек
сотрудник
Института питания МН-АН РК.
480008, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Клочкова 66.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Программа медико-демографического исследования Казахстана 1995 года (ПМДК) - это первое исследование демографической ситуации и состояния здоровья в Казахстане, проведенное на общенациональном уровне с использованием методологии социологического опроса. Цель программы состояла в разработке для Министерства здравоохранения Казахстана информационной базы по рождаемости и детской смертности, репродуктивному здоровью, планированию семьи, здоровью и питанию матери и ребенка, грудному вскармливанию, статусу питания и анемии. Полученные данные имеют важное значение для выяснения факторов, оказывающих влияние на здоровье женщин и детей, и могут быть использованы при планировании эффективных долгосрочных программ в области здравоохранения.

Успешное завершение ПМДК и публикация данной монографии являются результатом труда многих специалистов. Мне хотелось бы выразить слова благодарности Министерству здравоохранения республики, а также работникам здравоохранения, администраций областей, районов, сел республики за их помощь и активное содействие в выполнении данной работы. Мне также хотелось бы отметить следующих членов научного коллектива, внесших большой вклад в разработку и осуществление данной программы: докторов Найлю Карсыбекову, Темирхана Бекбосынова, Игоря Цой, Юрия Синявского, Талапкали Измухамбетова, Шамшидина Балгимбекова, а также госпожу Нагиму Есеналинову. Выражаю благодарность всем супервизорам, редакторам, техникам, интервьюерам, листерам, а также членам группы компьютерной обработки данных, за их вклад в успешное завершение программы.

Данное исследование не могло бы быть осуществлено без технической помощи Отдела Медико-демографических исследований Макро Интернэшнл США и финансовой поддержки Агентства США по Международному развитию. Прежде всего мне хотелось бы выразить слова благодарности доктору Джереми Салливану, заместителю директора Отдела медико-демографических исследований Макро Интернэшнл, за помощь в общей разработке программы, анализе результатов исследований и написание отдельных глав настоящей монографии. Мне также хотелось бы поблагодарить следующих американских коллег: докторов Алмаза Шарманова и Кию Уайнстайн за помощь в научной разработке программы, обучении сотрудников, и создании данной монографии; господина Тревора Крофта за разработку компьютерных программ и организацию системы обработки данных; госпожу Тан Ли за разработку статистической выборки. Выражаю признательность госпоже Ани Кросс и доктору Элизабет Соммерфельт за их ценные замечания и комментарии по некоторым главам монографии, а также госпоже Трине Янникос за общее редактирование английского варианта монографии.

Мы благодарим и многих других участников программы, способствовавших успешной ее реализации, чьи имена представлены в Приложении D. Хочется надеяться, что результаты ПМДК послужат ценным источником информации, необходимой для успешной реализации реформы здравоохранения и решения задач социального развития Казахстана.

Торегельды Ш. Шарманов,

Национальный директор Программы,
Директор Института питания МН-АН РК,
Президент Академии профилактической медицины Казахстана

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА 1995 ГОДА

Торегельды Ш. Шарманов

Цель Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) состояла в разработке для Министерства здравоохранения республики информационной базы в области репродуктивного здоровья и питания женщин и детей. Программа предусматривала сбор данных по таким важнейшим категориям, определяющим здоровье женщин и детей, как рождаемость, младенческая смертность, аборты, использование методов контрацепции, статус питания и грудное вскармливание, а также анемия. Исследование было проведено на общенациональной репрезентативной выборке, состоящей из 3771 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет). Основной сбор данных проводился в период времени с мая по сентябрь 1995 года.

ПМДК выполнялась Институтом питания МН-АН РК при технической и финансовой поддержке Отдела Медико-демографических исследований Макро Интернэшнл (США) и Агентства США по международному развитию. Анализ результатов и написание окончательного отчета осуществлялись при участии Академии профилактической медицины Республики Казахстан.

Следует отметить, что независимо от проведения настоящего исследования, Министерство здравоохранения республики располагало базовыми статистическми данными об общей рождаемости, детской и младенческой смертности, распространенности абортов и другим показателям, которые в течение многих лет регулярно собирались на основе существующей регистрационной системы. Однако особенностью данного медико-демографического исследования является то, что информация собиралась с использованием относительно новой для Казахстана методологии - социологического опроса, и была представлена в несколько ином контексте, в частности, с учетом таких факторов, как возраст, этническая принадлежность, продолжительность брака, уровень образования и др. Кроме того, Программа медико-демографического исследования позволила получить уникальные результаты по таким важным аспектам здоровья и питания женщин и детей, как практика грудного вскармливания, статус питания и распространенность анемии, которые до настоящего времени были малоизучены на общенациональном уровне.

Есть основания считать, что результаты медико-демографического исследования в комплексе с имеющимися базовыми статистическими данными позволят лучше понять социально-экономические и биологические факторы, влияющие на здоровье женщин и детей, что исключительно важно для успеха осуществляемой в республике реформы здравоохранения. Ниже в обобщенном виде представлены основные результаты медико-демографического исследования. В более детальном виде анализ полученных результатов представлен в соответствующих главах настоящей коллективной монографии.

Снижение рождаемости. Результаты исследования позволили установить, что суммарный коэффициент рождаемости (СКР) для Казахстана составил 2.5 ребенка на женщину. Уровень рождаемости различается в отдельных группах населения. Самый низкий показатель был характерен для г.Алматы (1.5 ребенка на женщину) и Северо-Восточного региона (1.8); промежуточный - для Западного и Центрального регионов (по 2.7); и наивысший - для Южного региона республики (3.4). СКР среди женщин русской национальности (1.7 ребенка на женщину) был ниже, чем среди женщин-казашек (3.1).

Сравнение данных Переписи населения 1989 года и ПМДК 1995 года свидетельствует о значительном снижении уровня рождаемости в Казахстане за последние 5 лет: СКР снизился с 2.9 до 2.5 ребенка на женщину. За тот же период времени СКР среди женщин казахской национальности снизился с 3.6 до 3.1, а среди русских женщин - с 2.2 до 1.7. Тенденция снижения рождаемости в Казахстане также подтверждается при сравнении таких демографических параметров, как окончательные размеры семьи женщины, формирующиеся к концу ее репродуктивного возраста, и значения СКР в настоящем. Окончательные размеры семьи среди женщин в возрасте 45-49 лет составляют 3.4 ребенка, что почти на одного ребенка больше, чем нынешнее значение СКР (2.5).

В целом, одна треть родов (34 процента) у женщин Казахстана происходила в течение 24 месяцев после предыдущих родов. Межродовой интервал значительно длиннее среди русских матерей (44 месяца), чем среди матерей-казашек (28 месяцев). Средняя продолжительность межродового интервала среди городских женщин составила 39 месяцев, среди сельских - 29 месяцев.

Возраст начала деторождения среди женщин в Казахстане не претерпел значительных изменений за последние десятилетия. В целом почти у 15 процентов женщин в республике первые роды произошли в 18 или 19 лет, у 25-30 процентов женщин - в 20-21, и у остальных 25-30 процентов - в возрасте 22-24 года.

Шестьдесят процентов женщин сообщили, что они не хотят иметь больше детей. В целом, желающие отложить рождение следующего ребенка (19 процентов), или совсем прекратить деторождение (60 процентов) в сумме составляют 79 процентов из числа опрошенных женщин репродуктивного возраста.

Снижение детской смертности. В ПМДК сбор данных по младенческой смертности проводился на основе международных критериев определения живорождения. К живорожденным относили всех родившихся живыми, независимо от продолжительности беременности, при наличии любых признаков жизни: дыхания, сердцебиения, произвольного сокращения мышц. Младенческая смертность - смертность младенцев, родившихся живыми, до наступления одного года (United Nations, 1992).

По данным ПМДК за период времени 1990-94 годы уровень младенческой смертности в Казахстане составил 40 на 1000 родов. Показатели неонатальной и постнеонатальной смертности были приблизительно одинаковыми - 20 на 1000. Уровень детской смертности (от года до пяти лет) был значительно ниже - 6 на 1000.

Между периодами времени 1980-1984гг. и 1990-1994гг. показатель младенческой смертности в Казахстане снизился с 44 на 1000 до 40 на 1000 (около 10 процентов). Данное снижение произошло главным образом за счет снижения смертности в постнеонатальном периоде.

МЗ РК ежегодно публикует данные по уровню младенческой смертности. Однако критерии живорождения, использовавшиеся в Казахстане до последнего времени, отличаются от критериев, применявшихся в ПМДК и в мировой практике. Как и в большинстве республик бывшего Советского Союза, беременность, завершившаяся при сроке менее 28 недель, считалась недоношенной и классифицировалась как поздний выкидыш. Только в случае выживания преждевременно родившегося ребенка в течение 7 дней, он рассматривался как

живорожденный. Таким образом, некоторые случаи, которые классифицировались как поздние выкидыши в официальной статистике МЗ РК, согласно критериям, которые были взяты за основу в ПМДК, могли бы быть расценены как случаи живорождения или младенческой смертности. По указанной причине показатели младенческой смертности, опубликованные МЗ РК, почти на 30 процентов ниже данных, полученных в ПМДК. Тем не менее, оба источника подтверждают приблизительно аналогичную тенденцию снижения младенческой смертности в Казахстане между периодами времени 1980-84гг и 1990-94 гг: на 10 процентов по данным ПМДК, и на 15 процентов - по данным МЗ РК.

Повышение уровня использования методов контрацепции. В ПМДК изучались вопросы планирования семьи и репродуктивного здоровья. Результаты исследования показали, что осведомленность женщин о методах контрацепции в Казахстане является достаточно высокой. Девяность восемь процентов респондентов осведомлены по меньшей мере об одном методе контрацепции; в среднем женщины осведомлены о 5 методах контрацепции.

Среди замужних женщин 84 процента сообщили о том, что они когда-либо в своей жизни использовали метод контрацепции. Пятьдесят девять процентов замужних женщин сообщили о том, что они используют методы контрацепции в настоящее время. Сорок шесть процентов используют современные методы, а остальные 13 процентов - традиционные методы. Использование внутриматочных средств (ВМС) является наиболее популярным методом контрацепции в Казахстане; две из трех замужних женщин, использующих методы контрацепции, применяют ВМС.

Уровень использования современных методов контрацепции является приблизительно одинаковым, независимо от социально-биологической характеристики женщин. Женщины как русской, так и казахской национальности в равной степени используют современные методы контрацепции (47 и 45 процентов, соответственно). Однако процент женщин русской национальности, использующих традиционные методы контрацепции несколько выше, чем среди женщин-казашек (20 и 7 процентов, соответственно).

Статистические данные МЗ РК показывают, что с 1988 по 1993 годы использование ВМС и гормональных контрацептивных средств женщинами репродуктивного возраста возросло с 20 до 29 процентов (почти на 48 процентов). По данным ПМДК подавляющее большинство женщин приобретают контрацептивные средства через государственный сектор (92 процента). Сорок четыре процента женщин - в стационарах и поликлиниках, 26 процентов - в женских консультациях и 19 процентов - через аптечную сеть. Основными источниками, предоставляющими женщинам ВМС, являются больницы (34 процента) и женские консультации (31 процент). Оральные контрацептивы в основном (58 процентов) приобретаются через аптечную сеть.

Из 41 процента замужних женщин, не использовавших методы контрацепции ко времени проведения ПМДК, почти половина (48 процентов) сообщили, что намерены использовать их когда-либо в будущем; 28 процентов - в течение ближайших 12 месяцев, 17 процентов - несколько позже, и остальные 3 процента выразили неуверенность в использовании методов контрацепции. Подавляющее большинство (79 процентов) респондентов, не использующих методы контрацепции, но намеренные использовать их в будущем, предпочитают применять ВМС.

Снижение уровня абортов. Как и в большинстве республик бывшего Совесткого Союза, в Казахстане индуцированный аборт в течение длительного времени оставался одним из основных методов регулирования рождаемости. Аналогично методам оценки рождаемости, в ПМДК рассчитывался суммарный коэффициент абортов (СКА), отражающий количество абортов, которые женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы она сохранила имеющийся повозрастной коэффициент на протяжении всего репродуктивного периода. СКА рассчитывался как на общенациональном уровне, так и для отдельных групп женщин.

Согласно результатам, в среднем женщина в Казахстане имела два аборта (1.8) в течение всей ее репродуктивной жизни. СКА выше среди городских женщин (2.0 аборта на женщину), чем сельских - (1.5). Кроме того СКА значительно выше среди женщин русской национальности (2.7), чем среди женщин-казашек (1.1).

Как и следовало ожидать, выявлена обратная корреляционная связь частоты абортов с рождаемостью. В Южном регионе с высоким уровнем рождаемости, СКА был наименьшим (0.9 аборта на женщину). Промежуточному уровню рождаемости в Западном и Центральном регионах соответствуют промежуточные значения СКА (1.0 и 1.6, соответственно). В городе Алматы и Северо-Восточном регионе, характеризующихся относительно низким уровнем рождаемости, значения СКА были самыми высокими (2.5 и 3.0, соответственно).

Значительный интерес представляют результаты, основанные на данных ПМДК и МЗ РК о связи между уровнем использования средств контрацепции и частотой индуцированных абортов. Данные свидетельствуют о том, что на протяжении почти пятилетнего периода времени уровень использования гормональных контрацептивных средств и ВМС в Казахстане возрос на 32 процента; и в течение этого же периода времени частота абортов снизилась на 15 процентов. Это является очевидным и убедительным свидетельством того, что использование контрацепции способствует снижению уровня индуцированных абортов.

Здоровье матери и ребенка. В Казахстане создана достаточно разветвленная сеть учреждений здравоохранения, предназначенных для оказания медицинской помощи женщинам и детям, которая включает многочисленные родильные дома, родильные и гинекологические отделения больниц, женские консультации, фельдшерско-акушерские пункты и др. Указанная система позволяет оказывать антенатальную помощь и обеспечивать родовспоможение в самых различных регионах республики.

По данным ПМДК фактически все роды в Казахстане (98 процентов) имели место в медицинских учреждениях: 96 процентов в родильных домах и остальные 2 процента либо в стационарах общего профиля, либо фельдшерско-акушерских пунктах. Только 2 процента родов в Казахстане произошли в домашних условиях. Почти все роды (99 процентов) были проведены под контролем медицинского персонала: 78 процентов - при участии врача и 21 процент-акушерки или медицинской сестры без участия врача.

Как и следовало ожидать, результаты исследования показали, что значительной части респондентов была оказана антенатальная помощь медицинскими работниками: большинству-врачами (69 процентов) и 21 проценту - медсестрой или акушеркой. Только лишь семи процентам женщин не была оказана антенатальная помощь. Характерным для Казахстана также является оказание антенатальной помощи на ранних сроках беременности и на всем ее протяжении. Среднее количество антенатальных визитов со слов респондентов составило одиннадцать.

Ввиду широко распространенной практики хранения медицинских карточек в детских поликлиниках, и отсутствия в большинстве случаев этих карточек у матерей, сбор данных по охвату вакцинацией в Казахстане был проведен главным образом на основе информации, полученной со слов респондентов. Среди детей 12-23-месячного возраста был установлен высокий удельный вес вакцинированных БЦЖ (97 процентов), первой дозой АКДС (98 процентов) и полиовакциной (100 процентов). Однако приблизительно половина детей, которым была начата серия вакцинаций АКДС и полиовакциной, не завершила ее полный курс. Семидесяти двум процентам детей 12-23 месячного возраста была привита противокоревая вакцина.

Статус питания. Грудное вскармливание в Казахстане является почти универсальным; 96 процентов детей, родившихся в течение трех лет, предшествовавших исследованию, вскармливались грудью. В целом, 10 процентов детей были впервые приложены к груди в течение первого часа после родов и 40 процентов в течение 24 часов после родов. Средняя продолжительность грудного вскармливания составила 14 месяцев. Однако, продолжительность исключительного грудного вскармливания, рекомендуемого Всемирной Организацией Здравоохранения, в Казахстане является короткой (0.4 месяца).

В Казахстане дополнительное питание в рацион детей вводится рано. В рационы значительного количества вскармливаемых грудью детей в возрасте 0-3 месяца были дополнительно введены детские питательные смеси (20 процентов), цельное или порошковое молоко (17 процентов). К 4-7 месячному возрасту 25 процентов вскармливаемых грудью детей получали продукты питания богатые белком (мясо, птица, рыба и яйца) и по меньшей мере 47 процентов - злаковые, фрукты и овощи.

Около 80 процентов не вскармливаемых грудью детей в возрасте 0-3 года получали цельное или порошковое молоко в течение последних суток, предшествовавших исследованию. По истечении годовалого возраста значительная часть детей (около 80 процентов) получала высокобелковые продукты питания.

В ПМДК было проведено антропометрическое (измерение роста и веса) обследование детей в возрасте до трех лет. На этих данных основывалась оценка статуса питания с целью выявления отдельных форм недостаточности питания среди детей. В целом по Казахстану выявлено, что у 16 процентов детей имеет место умеренная или выраженная задержка роста и у 3 процентов - умеренная или выраженная степень истощения.

В частности, при анализе недостаточности питания по параметрам задержки роста, установлены развличия среди отдельных групп детей. Задержка роста умеренной и выраженной степени была особенно значительной среди детей 12-23 месячного возраста (23 процента) по сравнению с детьми младенческого возраста (4 процента среди детей младше 6 месяцев, и 10 процентов среди детей возрастом 6-11 месяцев). Кроме того, отставание в росте чаще наблюдалось среди детей, родившихся с межродовым интервалом менее 24 месяцев (28 процентов) по сравнению с теми, кто родился с более длительным межродовым интервалом (20 процентов - с межродовым интервалом 24-47 месяцев; и 7 процентов - с интервалом 48+ месяцев). Задержка роста умеренной и выраженной степени также чаще выявлялась среди детей, проживающих в сельской местности (22 процента), в Южном и Центральном регионах (23 и 22 процента, соответственно), а также среди детей казахской национальности (21 процент).

Анемия. Оценка распространенности анемии среди женщин и детей являлась одной из основных задач в ПМДК. Анемия признана важной проблемой мирового здравоохранения и в течение десятилетий остается одной из ведущих проблем здравоохранения в Казахстане. Тем не менее, ПМДК стала первым исследованием анемии в Казахстане, выполненным на основе общенациональной репрезентативной выборки. Исследование основывалось на определении концентрации гемоглобина в крови с использованием прибора Hemocue.

Приблизительно половина (49 процентов) женщин в Казахстане страдают анемией той или иной степени. У 37 процентов этих женщин имела место умеренная анемия, у 11 процентов - выраженная и 1 процента - анемия тяжелой степени (уровень Hb меньше 7.0 г/дл). Наивысший уровень анемии (59 процентов) был выявлен в Западном регионе. Уровень анемии был выше среди женщин-казашек (57 процентов), чем среди женщин русской (42 процента) и других национальностей (43 процента). Распространенность анемии среди беременных женщин была в три раза выше, чем среди небеременных.

Шестьдесят девять процентов детей в возрасте до трех лет в Казахстане страдают анемией той или иной степени. Количество детей с анемией умеренной и выраженной степени было приблизительно одинаковым (30 и 34 процента, соответственно). У небольшой, но существенной части детей (6 процентов), диагностирована тяжелая степень анемии. Аналогично распределению анемии среди матерей, наивысший уровень анемии среди детей был выявлен на Западе республики (81 процент). Анемия тяжелой степени была диагностирована у 9 процентов детей казахской национальности, тогда как среди русских детей не было выявлено случаев тяжелой анемии. В ПМДК был установлен ряд предрасполагающих демографических факторов, повышающих вероятность возникновения анемии среди детей. К ним относятся: возраст детей 12-23 месяцев, высокий паритет родов, межродовой интервал 24-47 месяцев и наличие анемии у матерей.

Результаты исследования анемии в Казахстане позволяют создать научную базу для разработки региональных программ по фортификации продуктов питания железом, а также для селективного распространения лекарственных препаратов с повышенным содержанием железа, аскорбиновой кислоты и других эссенциальных нутриентов среди наиболее уязвимых групп населения - беременных женщин и детей раннего возраста.


КАЗАХСТАН
Сев-Казахстанская область
РОССИЯ
Костанайская область
Кокшетауская область
Павлодарская область
Акмолинская область
Зап-Казахстанская область
Торгайская область
Карагандинская область
Вост-Казахстанская Область
Актюбинская область
Атырауская область
Семипалатинская область
Жезказганская область
Каспийское море
Мангыстауская область
Талдыкорганская область
КИТАЙ
Аральское море
Кзыл-Ординская область
Алматинская область
Жамбылская область
Южно-Казахстанская область
УЗБЕКИСТАН
г. Алматы

ГЛАВА 1

ВВЕДЕНИЕ

Алмаз Т. Шарманов

1.1 География, история и экономика Казахстана

1.1.1 География и население

Казахстан, вторая по величине после России республика бывшего Советского Союза. Территория Казахстана составляет 2.6 миллионов квадратных километров (более миллиона квадратных милей). Республика граничит с Россией на севере и западе; с Узбекистаном, Кыргызстаном и Туркменистаном - на юге; и на востоке - с Китаем. Казахстан разделен на 19 административных регионов (областей), которые в свою очередь включают 220 районов. Население Казахстана составляет 16.5 миллиона человек (Госкомстат, 1996). Казахстан, где на квадратный километр приходится 6.3 человека (16.4 человека на квадратную милю), является страной с относительно низкой плотностью населения. Казахстан является многонациональной страной и представлен более чем 100 национальностями и этническими группами. Сорок пять процентов населения представлены казахами, 35 процентов - русскими. Другими значительными по населению этническими группами являются украинцы, немцы, узбеки, татары, уйгуры и корейцы. Ислам играет существенную роль в традиционной казахской культуре. Русская культура в Казахстане ассоциирована с религией Православного христианства.

1.1.2 Казахстан в досоветское время

До 20-го столетия население Казахстана вело в основном кочевой образ жизни, занимаясь на многочисленных лугах и пастбищах коневодством и овцеводством. Тюркские племена, с древности проживавшие на казахской земле, вначале оказались под влиянием Ислама, а затем в 13 веке были завоеваны войсками Чингис-хана. Поэтому в становлении казахской кочевой цивилизации огромную роль сыграли Ислам и правление Чингизидов. Несмотря на то, что по культурным традициям и языку казахский этнос является относительно однородным, его традиционно можно подразделить на три группы, или три *жуза*: Старший Жуз (Юго-Восточный Казахстан), Средний Жуз (Центральный и Северо-Восточный Казахстан) и Младший Жуз (Западный Казахстан).

Централизованное казахское государство было сформировано в 16 веке во времена правления Касым-хана. Позже представители трех казахских жузов встретились в Улы-Тау и провозгласили создание единого государства в целях объединения перед лицом внешнего нашествия (История Казахстана, 1979). Реальное политическое объединение казахского народа произошло во время правления Абылай-хана, выдающегося правителя, который, проводя искусную дипломатию между соседними Россией и Китаем, сумел защитить казахскую государственность и суверенитет. Однако Абылай-хан оказался последним независимым казахским правителем, чья власть исходила непосредственно от народа (Olcott, 1995). Начиная с 18-го столетия, территория Казахстана становится объектом интересов России и впоследствии Казахстан входит в состав Российской Империи. В конце 19-го, начале 20 веков Казахстан становится местом интенсивной иммиграции русского, украинского, польского населения.

1.1.3 Казахстан в советское время

После Социалистической революции 1917 года на территории Казахстана была основана автономная республика. В 1936 году республика была преобразована в Казахскую Советскую Социалистическую Республику, вошедшую в состав СССР. Сталинская эра коллективизации сельского хозяйства 20-х и 30-х годов привела к огромной потере численности казахского населения по причине голода, падежа скота и неурожая. По оценкам историков в результате голода и сталинских репрессий в Казахстане умерло миллион семьсот пятьдесят тысяч человек, или около 42 процентов населения (Абылгожин и др., 1989). До Второй Мировой Войны и во время ее Сталиным было депортировано в Казахстан большое количество немцев, корейцев, чеченцев и крымских татар из центральных регионов России, Дальнего Востока, Кавказа и Крыма. В настоящее время эти этнические группы составляют существенную часть населения республики.

В середине 50-х годов Никита Хрущев приступил к реализации программы освоения огромных площадей целинных земель в Казахстане. В последующие 10 лет сотни тысяч молодых русских, белоруссов и украинцев приехали осваивать казахстанские степи. Было вспахано около 64 миллионов акров пастбищных земель, образованы сотни коллективных хозяйств, главным образом в центральных и северных регионах Казахстана, которые стали основными производителями зерна. Южный регион, где проживало коренное население республики оставался зоной выращивания плодов, овощей, хлопка и других культур.

Выгодное географическое расположение в центре евроазиатского континента и изобилие природных ресурсов послужили основой индустриального развития Казахстана в середине 1950-х годов. Казахстан - одна из наиболее богатых стран мира по залежам полезных ископаемых: меди, хрома, магния, железной руды, золота, титана, свинца, цинка, бокситов. В течение последних трех десятилетий в Казахстане создается национальная промышленная индустрия по производству стали, меди, химических удобрений, развивается машиностроение, строятся угольные заводы и гидроэлектростанции.

В индустриальном развитии Казахстана значительную роль сыграло создание на территории республики военно-промышленного комплекса и развитие космических программ. На территории Казахстана создается Семипалатинский ядерный полигон и строится космодром Байконур. Советское правительство рассматривало границу между Казахстаном и Китаем как важный стратегический объект, и дислоцировало там большое количество воинских подразделений, сформировавших основу Средне-Азиатского военного округа. Индустриальное развитие и большая стратегическая значимость республики также стали важной причиной переселения в Казахстан в послевоенное время русских, украинцев и представителей других этнических групп, преимущественно из европейской части Советского Союза.

В советское время Казахстан достигает значительных успехов в социальной сфере, а также в развитии системы образования и подготовки кадров. В 1992 году более девяти миллионов человек (приблизительно половина населения) были охвачены отдельными видами социальной помощи и социального обеспечения, такими как пенсии, оплачиваемые отпуска по материнству, материальная помошь нетрудоспособным и другие (United Nations, 1994).

Система обязательного среднего образования стала основой высокого уровня грамотности населения и успеха системы подготовки квалифицированных кадров. По данным Переписи населения 1989 года средняя продолжительность обучения лиц до 25-ти летнего возраста в Казахстане составляла 9.72 года (Госкомстат, 1990).

Таким образом быстрая урбанизация и изменение этно-национальной структуры явились ведущими факторами демографической трансформации Казахстана 20 столетия. Нынешний этнический спектр Казахстана явился результатом интенсивной миграции населения, обусловленной политическими изменениями в истории республики и ее индустриализацией. Миграционный процесс привел на землю Казахстана миллионы людей славянских национальностей, главным образом русских, которые в настоящее время составляют значительную часть населения на севере страны. Вместе с тем, южные и центральные регионы представлены преимущественно коренным населением. Соблюдение интересов этих двух основных этнических групп является важным аспектом сегодняшней политической жизни Казахстана.

1.1.4 Казахстан в период социально-экономической трансформации

В результате развала политической структуры бывшего Советского Союза в 1991 году, Казахстан стал независимой, суверенной республикой. Страна открыла двери мировому сообществу и стала членом Организации Объединенных Наций и многих других международных организаций.

Переход страны к рыночной экономике сопровождается значительными социально-экономическими изменениями, связанными с необходимостью переориентации многих отраслей экономики, а также переосмысления и реформирования многих социальных программ. Экономическими последствиями начального этапа социально-экономических реформ в стране явились спад производства, рост инфляции и нестабильность новой национальной валюты. В 1991-94 годах почти во всех отраслях экономики, за исключением черной и цветной металлургии, а также химической промышленности, произошел драматический спад производства.

С целью стабилизации экономики правительство Казахстана принимает меры по реформированию кредитно-финансовой политики и осуществляет либерализацию цен. Результатом этих мер становится стремительный рост инфляции, которая в июне 1994 года оценивалась в 50 процентов в месяц в отношении цен на продукты питания. Несмотря на то, что в последнее время темпы инфляции значительно снизились (до 2-5 процентов в месяц в 1996 году), продолжающий увеличиваться разрыв между индивидуальными доходами граждан и растущими ценами неблагоприятно отражается на семейном бюджете граждан республики (Госкомстат, 1996).

В виду ухудшающейся экономической ситуации, правительство Казахстана сократило ассигнования на социальные программы, образование и здравоохранение (см. также раздел 1.2.2. о кризисе в здравоохранении). По предложенному правительством республики пенсионному законодательству пенсионный возраст будет увеличен с 55 до 58 лет для женщин и с 60 до 63 для мужчин в 2001 году. Сокращения бюджета и снижение инвестиций в систему образования уже сейчас негативно отразились на качестве обучения, в частности, в начальной и средней школах ввиду неспособности выплачивать учителям адекватную заработную плату и отсутствия стимулов для совершенствования программ обучения. При этом нельзя недооценивать долговременные негативные последствия этого процесса, которые вероятно ощутят будущие поколения казахстанцев.

В целях скорейшего выхода из экономического кризиса правительство Казахстана начало проводить целенаправленную политику привлечения иностранных инвестиций и восстановления экономических связей с Россией и другими республиками бывшего Советского Союза. В 1995 году правительство Казахстана стало инициатором передачи ряда предприятий, таких как промышленный комплекс Караганда-сталь, Жезказганский медеплавильный и Донской

хромовый заводы под управление иностранным компаниям, таким как корпорация "Испат" (Британия),"Самсунг"(Южная Корея). Казахстан также стал инициатором создания Евро-Азиатского Союза из состава бывших советских республик по типу Европейского Сообщества. В марте 1996 года Казахстан подписал соглашение с Россией, Белоруссией и Кыргызстаном о формировании Союза, что должно способствовать устранению торговых барьеров, а также восстановлению экономических и финансовых отношений между указанными независимыми государствами.

1.2 Система здравоохранения в Казахстане

1.2.1 Социалистическая система здравоохранения

В 1978 году в столице Казахстана Алма-Ате под эгидой Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и ЮНИСЕФ состоялась историческая Международная конференция по Первичной медико-санитарной помощи. Конференция разработала Алматинскую Декларацию, которая была определена ООН как "Великая Хартия Здравоохранения 20 века". Ключевым элементом Декларации явилась стратегия на усиление первичной медико-санитарной помощи, гарантирующей равный доступ к медицинскому обслуживанию для всех граждан (WHO/UNICEF, 1978). Казахстан в 1970-х и начале 80-х годов был примером того, как многонациональное государство, воплощающее в себе признаки как развивающейся, так и индустриально развитой страны, может достигнуть цели обеспечения всеобщего права на здоровье. В основе системы здравоохранения в то время лежали принципы государственного планирования и профилактической направленности.

Плановая система советского здравоохранения предусматривала развитие широкой сети первичных и специализированных медицинских учреждений. Принципиальная схема такой сети включает: на первичном уровне - фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), районные поликлиники и сельские участковые больницы; на вторичном уровне - районные больницы и специализированные диспансеры; и на третичном уровне - многопрофильные городские больницы и научно-исследовательские институты клинического профиля.

Поддержание такой системы требовало интенсивной подготовки медицинских кадров. В республике было создано шесть медицинских институтов и 10 медицинских колледжей (в августе 1996 года в целях повышения качества и обеспечения непрерывности подготовки врачей Алматинский медицинский институт был преобразован в университет, который включил в себя помимо мединститута, Алматинский институт усовершенствования врачей и ряд медучилищ). В стране было достигнуто одно из самых высоких в мире количеств врачей и больничных коек на душу населения. В 1995 году в Казахстане насчитывалось 365 врачей на 100,000 населения, в то время как в США, Японии и Китае этот показатель составил 288, 225 и 154, соответственно. Удельное количество больничных коек также было одним из самых высоких в мире:1169 на 100,000 населения.

Данная система в течение ряда лет доказывала свою состоятельность, обеспечивая широкий доступ к различным видам медицинского обслуживания для практически всех групп населения, включая жителей отдаленных регионов. Однако основными условиями существования и поддержания такой системы являются достаточно значительные бюджетные ассигнования и обеспечение довольно сложного администрирования.

1.2.2 Кризис здравоохранения в Казахстане

К сожалению, кризис экономики Казахстана привел к значительному сокращению целевых расходов на здравоохранение, которое в настоящее время испытывает значительные финансовые трудности и продолжает находиться под угрозой сокращения ассигнований. Бюджет здравоохранения в 1995 году составлял лишь 1.1 процента от Валового Национального продукта (ВНП)(Госкомстат, 1996). В наиболее развитых странах объем бюджета на здравоохранение составляет 6-10% от ВНП. Более того, учитывая снижение общего объема ВНП в республике за последние годы, сокращение ассигнований на здравоохранение в абсолютном исчислении является поистине драматическим.

Начиная с 1990 года, все более выраженной становится тенденция к децентрализации системы здравоохранения Казахстана, которая к тому же становится менее управляемой. Из-за недостатка финансового обеспечения в некоторых областях республики сокращено количество больничных коек, снижены запасы необходимых лекарственных средств и медицинского оборудования. Труд врачей во многих местах оплачивается крайне низко, что побудило многих из них бросить медицинскую практику. Больницы и другие медицинские учреждения находятся в бедственном положении, во многих из них отсутствуют адекватные санитарные условия, зачастую не поступают вода и электричество.

За 1990-1995 годы, общая смертность населения в Казахстане увеличилась с 7,7 на 1000 населения до 10,1 (Госкомстат, 1996). Средняя продолжительность жизни снизилась с 68,6 лет в 1990 году до 66.8 лет в 1994 (Министерство здравоохранения, 1996). Главными причинами смертности в Казахстане являются сердечно-сосудистые заболевания, новообразования и хронические болезни органов дыхания (в 1995 году зарегистрировано 484, 134 и 93 случаев смерти от указанных причин на 100,000 населения, соответственно). В то время как частота инфекционных заболеваний, например кишечных инфекций, снизилась, смертность же от неинфекционных заболеваний в течение последнего десятилетия повысилась.

Туберкулез легких является одной из серьезных проблем здравоохранения в Казахстане. Самые высокие уровни заболеваемости туберкулезом регистрируются в северных и западных регионах республики. В 1995 году интенсивный показатель заболеваемости туберкулезом составил 67.1 на 100,000 населения. Общая болезненность туберкулезом в Казахстане в 1995 году составляла 271,1 на 100000 населения (Министерство здравоохранения, 1996). Эти показатели являются одними из самых высоких в Центральной Азии, а также в мире. К тому же в последнее время значительное развитие получили резистентные формы туберкулеза, которые вызвали высокий уровень потери трудоспособности и общей смертности.

Многие проблемы со здоровьем населения в Казахстане связаны с ухудшающимися условиями окружающей среды. Внимание международного сообщества в течение последних лет, привлекли значительные масштабы радиоактивного заражения в регионе Семипалатинского ядерного полигона, а также агрохимического загрязнения в зоне экологического кризиса Аральского моря. Повышение заболеваемости злокачественными новообразованиями, генетическими нарушениями и психическими расстройствами в этих географических зонах вызывает серьезное беспокойство медицинской общественности страны.

Помимо неблагоприятных экологических факторов, ухудшение здоровья населения Казахстана также связано с практически бесконтрольным злоупотреблением алкоголем, а также чрезмерным курением. Кроме того, многие заболевания в республике связаны с недостаточным или неправильным питаниям. Белково-энергетическая недостаточность, дефицит железа, йодная недостаточность и другие формы макро- и микронутриентной недостаточности широко

распространены в Казахстане. Они, как известно, являются либо непосредственными причинами, либо предрасполагающими факторами возникновения и развития многих хронических и инфекционных заболеваний.

1.2.3 Реформа здравоохранения в Казахстане

Как видно, решение задач здравоохранения является комплексной проблемой; и успехи в здравоохранении определяются не только лишь количеством врачей и больничных коек, но и зависят от решения многих других социальных немедицинских проблем. Реформа здравоохранения должна предусматривать многие аспекты, такие как необходимость создания условий для финансовой самостоятельности учреждений здравоохранения, обеспечение социально-уязвимых групп населения полноценной медицинской помощью, решение экологических проблем, разработка национальной политики по питанию и т.д.

В апреле 1996 года в Казахстане была введена система обязательного медицинского страхования населения. Она предусматривает привлечение частных средств для финансирования отдельных видов медицинского обслуживания в целях частичного вывода здравоохранения из полной зависимости от государственного бюджета. В рамках данной системы неизбежно введение частной медицинской практики, которая будет финансироваться из региональных подразделений Фонда медицинского страхования. Предусматривается, что система медицинского страхования станет альтернативой государственной системе здравоохранения, а рыночная ориентация должна придать ей конкурентоспособность и финансовую самостоятельность.

Тем временем Министерство здравоохранения Казахстана прилагает определенные усилия по реконструкции системы первичной медико-санитарной помощи, совершенствованию системы охраны материнства и детства, разработке мер по снижению профессиональных заболеваний и обеспечению экологической безопасности в республике. В рамках развития межсекторальных взаимодействий в здравоохранении Институтом питания МН-АН РК при поддержке ряда международных организаций, таких как ПРООН, ЮНИСЕФ, ВОЗ, была разработана Национальная политика по питанию (Институт питания, 1996). Политика отражает наиболее важные проблемы, связанные с питанием и здоровьем людей в Казахстане, и предлагает, в частности, конкретные меры по улучшению питания женщин и детей путем пропаганды грудного вскармливания, фортификации продуктов питания железом и йодом в целях борьбы против анемии и йодной недостаточности и т.д. Помимо этого, Национальная политика по питанию создает реальные условия для создания в стране эффективной системы контроля за безопасностью пищевых продуктов, координации поставок и маркетинга продуктов питания, системы гарантированного обеспечения ими наиболее уязвимых групп населения.

В условиях, когда нерегулируемая и непредсказуемая рыночная экономика может привести к ограничению оказания медицинских услуг для отдельных групп населения, исключительно важным является разработка государственной стратегии по обеспечению равного доступа граждан к медицинскому обслуживанию. Принципы стратегии всеобщего права на здоровье были заложены почти два десятилетия назад, когда мировое сообщество приняло Алма-Атинскую Декларацию. В нынешних исторических условиях указанные принципы приобретают новый смысл и могут стать основой при разработке долгосрочных комплексных программ в здравоохранении, которые должны быть ориентированы прежде всего на решение приоритетных задач. К числу приоритетов в здравоохранении всех стран всегда относилась охрана здоровья матери и ребенка.

1.3 Здоровье матери и ребенка, планирование семьи.

Обеспечение безопасного материнства рассматривается в качестве одной из наиболее приоритетных задач здравоохранения Казахстана. Служба планирования семьи развивалась в контексте с указанной задачей и была направлена прежде всего на предупреждение беременностей с потенциальным риском материнской и перинатальной смертности, снижение числа абортов и т.д.

По исторически сложившимся традициям среди казахов были распространены многодетные семьи. Помимо этого в течение многих лет правительство Казахстана поддерживало политику стимулирования деторождения. Женщинам Казахстана, имеющим семь и более детей присваивалось почетное звание " Мать -Героиня" и это позволяло пользоваться рядом льгот, которые включали премии, первоочередное получение жилой площади, оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком, пособия для ребенка, укороченный рабочий день матери и др. Многолетний опыт такой пронаталистской политики, а также многовековые традиции явились причиной того, что программа планирования семьи в республике развивалась без конкретизации каких-либо демографических целей по снижению рождаемости.

Служба планирования семьи в Казахстане является компонентом национальной системы охраны здоровья матери и ребенка, которая, помимо широкоразвитой сети родовспомогательных учреждений, включает женские консультации и кабинеты планирования семьи поликлиник. Эта система предоставила гарантии на родовспоможение и получение антенатальной помощи для женщин, проживающих практически во всех регионах Казахстана, в том числе и отдаленных. В рамках данной системы женщины имеют возможность получать квалифицированные консультации по планированию семьи.

Несмотря на значительные успехи в улучшении здоровья матери и ребенка, что проявлялось в снижении материнской и детской смертности в течение нескольких последних десятилетий, Казахстан по многим показателям здоровья населения приравнивается к развивающимся странам. К примеру, в 1995 году почти 80 процентов детей имели те или иные заболевания, среди которых преобладали болезни органов дыхания и желудочно-кишечного тракта (Министерство здравоохранения, 1996). Достаточно большое количество детей в Казахстане страдают различными формами недостаточности питания и микронутриентного дефицита. Младенческая смертность по данным Управления медицинской статистики Министерства здравоохранения Казахстана в 1995 году составила 26.8 на 1000 детей, родившихся живыми.

По данным Казахского научного центра охраны материнства и детства, показатели материнской смертности в Казахстане в 1994, 1995 гг. составили 69.3 и 77.3 на 100000 живорождений, соответственно. В наиболее развитых странах этот показатель находится в пределеах 3 - 10 на 100000 живорождений. Основными причинами материнской смертности в Казахстане являются кровотечения, аборты, экстрагенитальная патология и поздние токсикозы, обусловившие 15-23 процентов случаев материнской смертности. Предрасполагающими факторами материнской смертности являются инфекции, экстрагенитальные заболевания, недостаточность питания, железодефицитная анемия и другие условия. Большинство случаев материнской смертности можно было бы предупредить, если бы своевременно были идентифицированы группы беременных женщин с повышенным риском и приняты своевременные профилактические меры.

Одной из основных причин материнской смертности в Казахстане являются аборты. В 1995 году 19.2 процентов (41 случай) материнской смертности были обусловлены абортами; почти

половина из них была вызвана проведением криминальных абортов (Министерство здравоохранения, 1996). По данным Управления медицинской статистики Министерства здравоохранения число абортов в Казахстане в1995 году составило 54,7 на 1000 женщин репродуктивного возраста, что соответствует аналогичным показателям в большинстве стран Восточной Европы.

Начиная с 1955 года, когда был принят Указ об отмене запрещения абортов не по медицинским показаниям, аборт стал основным методом контроля рождаемости в Казахстане. Высокая распространенность абортов явилась результатом их достаточно широкой доступности и возможности проведения абортов на бесплатной основе. Другими немаловажными условиями явились относительная общественная толерантность к данной процедуре, наряду с недостаточным обеспечением альтернативными методами контрацепции. К тому же в 1974 году, Министерство здравоохранения бывшего Советского Союза издало приказ "О побочных эффектах и осложнениях применения оральных контрацептивных средств", который практически привел к нивелированию использования оральных контрацептивов. В 1987 году бывшее Советское правительство узаконило проведение мини-абортов посредством вакуум - аспирации. Эти два приказа послужили серьезным поводом к практически неограниченному применению абортов, в то время как другие методы контрацепции, за исключением внутриматочных средств были малодоступны. Несмотря на то, что за последние несколько лет число абортов снизилось, эта проблема остается в центре внимания органов здравоохранения и общественности республики.

Таким образом, несмотря на создание в Казахстане почти всеобъемлющей системы оказания медицинской помощи матери и ребенку, в результате сокращения расходов на здравоохранение, общего ухудшения социально-экономических условий, недостаточности питания, продолжающегося экологического загрязнения и других проблем, состояние здоровья женщин и детей в республике вызывает серьезные беспокойства. В этих условиях исключительно важным является разработка долгосрочной государственной политики в области здравоохранения, которая должна основываться на анализе состояния здоровья отдельных групп населения, изучении репродуктивного здоровья, получении объективных данных по тенденциям рождаемости, младенческой смертности и статусу питания женщин и детей. Такие данные могут быть получены в результате проведения общенационального медико-демографического исследования.

1.4 Система сбора медико-демографических данных в Казахстане

В Казахстане существует система сбора медико-демографических данных, в основе которой лежит регистрационный принцип и проведение периодической переписи населения. Сбор и анализ демографических данных является ответственностью Государственного комитета по статистике и анализу (Госкомстата). Случаи рождения детей, смерти, гражданского брака регистрируется на местном административном уровне, и информация оттуда направляется в Госкомстат, который проводит анализ демографических данных, наряду с информацией экономического характера, и публикует ежегодные сборники со сводкой результатов анализа.

Сбор и анализ данных о здоровье населения Казахстана является ответственностью Управления медицинской статистики Министерства здравоохранения. Медицинская информация собирается и публикуется Министерством здравоохранения по следующим основным категориям: 1) Заболеваемость по отдельным видам заболеваний; 2) Смертность по причинам смерти; 3) Детская смертность, включая антенатальную, перинатальную и раннюю неонатальную смертность; 4) Материнская смертность; 5) Здоровье матери и ребенка, включая состояние антенатальной помощи, родовспоможение, аборты, состояние педиатрической службы

и т.д.; 6) Сеть медицинских учреждений и медицинские кадры; 7) Состояние отдельных видов медицинского обслуживания, включая онкологическую, фтизиатрическую, психиатрическую, кожно-венерологическую и другие виды помощи. Некоторые из этих данных представляются как на общенациональном уровне, так и в разрезе отдельных областей, а также по возрастным группам 0-14 и старше 15 лет. Министерство здравоохранения публикует ежегодные статистические сборники, которые называются "Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения".

Альтернативным методом сбора и анализа данных в области демографии и здоровья населения является является медико-демографическое исследование, проводимое главным образом путем опроса репрезентативной группы населения. Методология медико-демографического исследования достаточно широко используется в мире; она была применена в более чем 60 странах. Казахстан является первой страной бывшего Советского Союза, принявшей участие в международной программе медико-демографических исследований.

1.5 Цели и организация Программы медико-демографического исследования Казахстана

Цель Программы медико-демографического исследования Казахстана (ПМДК) состоит в разработке для Министерства здравоохранения республики информационной базы в области репродуктивного здоровья и питания женщин и детей. Это необходимо для разработки и планирования долгосрочных программ в области здравоохранения. В ПМДК были собраны данные по истории беременностей женщин, знанию и использованию методов контрацепции, практике грудного вскармливания и питания детей, охвату вакцинацией и случаям заболеваний среди детей в возрасте до трех лет. Исследования также включали оценку распространенности анемии и измерения роста и веса для оценки статуса питания женщин и детей.

Другой важной целью программы явилось создание условий для развития технических возможностей научно-исследовательских и медицинских учреждений Казахстана по сбору, обработке и анализу данных в области демографии и здоровья населения с той целью, чтобы подобные программы в республике выполнялись в будущем самостоятельно.

Программа медико-демографического исследования Казахстана 1995 года (ПМДК) - это первое исследование состояния здоровья и демографической ситуации в Казахстане, проведенное на общенациональном уровне. Программа была выполнена Институтом питания Министерства науки - Академии наук Республики Казахстан и финансировалась Агентством США по Международному развитию (USAID). Техническая помощь программы была обеспечена Отделом медико-демографических исследований Macro International Inc., (Calverton, MD, U.S.A.). Академия профилактической медицины Казахстана принимала участие в анализе результатов и написании основной монографии по результатам ПМДК.

1.5.1 Разработка статистически репрезентативной выборки

В ПМДК была использована общенациональная, репрезентативная, вероятностная выборка женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Казахстан был разделен на пять демографических регионов (рисунок 1.1). Город Алматы представлял самостоятельный регион. Областной состав остальных четырех регионов был представлен следующим образом:

г.Алматы

Южный регион:	Талдыкорганская, Алматинская, Жамбылская, Южно-Казахстанская и Кзыл-Ординская области
Западный регион:	Актюбинская, Мангыстауская, Атырауская и Западно-Казахстанская области
Центральный регион:	Жезказганская, Семипалатинская и Торгайская области
Северный и восточный регион:	Акмолинская, Кокшетауская, Северо-Казахстанская и Костанайская области.

Важно отметить, что областной состав регионов был основан на их географической близости, а также схожести областей по параметрам, характеризующим репродуктивное здоровье. В ПМДК Южный и Западный регионы состояли из областей, которые традиционно входят в состав географических южного и западного регионов Казахстана. В состав Центрального региона входили области, в которых уровень рождаемости близок к среднему общенациональному. Регион Севера и Востока состоит из 7 областей, где относительно высок процент русскоязычного населения, а уровень рождаемости ниже средненационального.

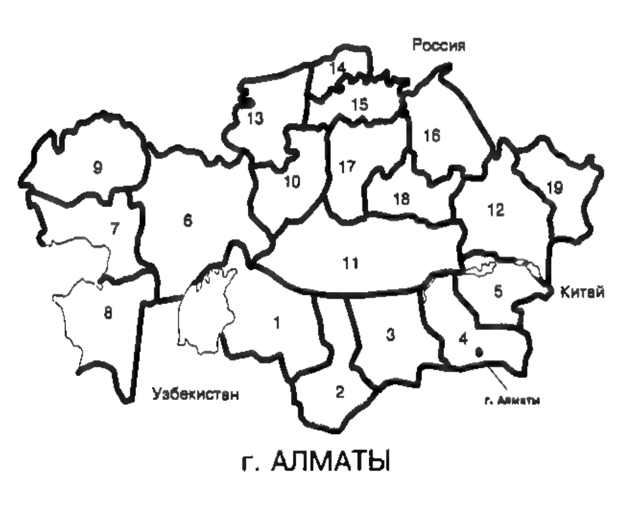
В г.Алматы выборка по ПМДК была проведена в две стадии. На первой стадии, 40 переписных счетных участков были отобраны с равной вероятностью из имеющегося перечня счетных участков по данным Переписи населения 1989 года. Таким образом, было завершено составление полного списка домовладений в отобранных счетных участках. Первоначальные списки явились основой для дальнейшего отбора тех домовладений, в которых во время основных полевых исследований проводилось интервьюирование. В этих домовладениях были отобраны женщины в возрасте от 15 до 49 лет для последующего интервьюирования.

В сельских районах статистическая выборка была основана на так называемых первичных единицах выборки (ПЕВ), которые соответствовали отдельным сельским районам. ПЕВ были отобраны с равной вероятностью, пропорционально размеру, который определялся количеством населения районов по данным Госкомстата за 1993 год (Госкомстат, 1993). На второй стадии, в каждом отобранном районе было определено по одному селу, предназначенному для исследований. Указанные села были статистически отобраны из списка сельских населенных пунктов, входивших в состав данного района по Переписи населения 1989 года. Таким образом, было отобрано 50 сельских кластеров. На третьей стадии, составлялись списки отобранных домовладений в каждом кластере аналогично тому, как это было сделано в г. Алматы.

Для городской местности, за исключением города Алматы, ПЕВ были представлены как большими, так и малыми городами. На второй стадии выборки были составлены списки терапевтических участков, из числа которых были отобраны по одному терапевтическому участку в малых городах и по несколько терапевтических участков в больших городах. Крупные терапевтические участки были сегментированы для последующего составления списков домовладений в отдельных сегментах. На третьей стадии выборки был произведен отбор домовладений в пределах сегментов терапевтических участков. Всего по Казахстану было отобрано 86 терапевтических участков.

В результате произведенной статистической выборки оказалось, что каждый городской кластер в среднем был представлен 22 домовладениями, а каждый сельский - 33 домовладениями.

Рисунок 1.1
Областной состав демографических регионов Казахстана, ПМДК 1995



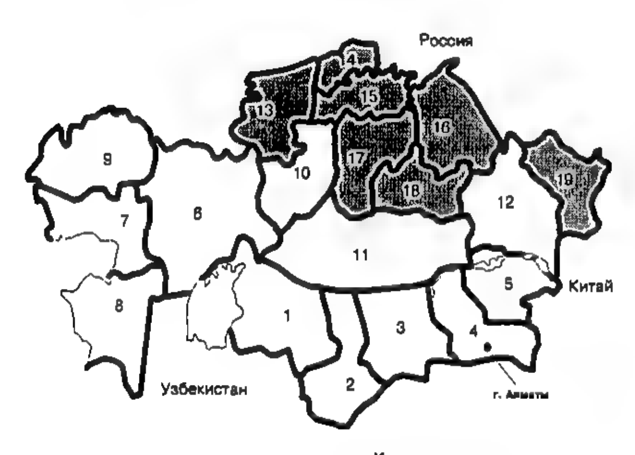
г. АЛМАТЫ



ЮЖНЫЙ РЕГИОН

ЗАПАДНЫЙ РЕГИОН

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РЕГИОН



СЕВЕРНЫЙ И ВОСТОЧНЫЙ РЕГИОН

г. АЛМАТЫ

ЮЖНЫЙ РЕГИОН
1. Кзыл-Ординская
2. Южно-Казахстанская
3. Жамбылская
4. Алматинская
5. Талды-Курганская

ЗАПАДНЫЙ РЕГИОН
6. Актюбинская
7. Атырауская
8. Мангыстауская
9. Зап-Казахстанская

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РЕГИОН
10. Торгайская
11. Жезказганская
12. Семипалатинская

СЕВЕРНЫЙ И ВОСТОЧНЫЙ РЕГИОН
13. Костанайская
14. Сев-Казахстанская
15. Кокшетауская
16. Павлодарская
17. Акмолинская
18. Карагандинская
19. Вост-Казахстанская

Ожидалось, что такой отбор позволит охватить обследованием общенациональную репрезентативную группу, состоящую из приблизительно 4000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Ввиду того, что по естественным причинам распределение выборки было непропорциональным в различных регионах, цифровые данные по выборке подверглись компьютерной обработке с учетом коэффициента взвешивания.

1.5.2 Анкеты

В ПМДК были использованы две анкеты: анкета домовладения и индивидуальная анкета женщины. Анкеты были разработаны на основе модификации стандартных анкет, принятых в международной программе медико-демографических исследований. Кроме того, на основе консультаций со специалистами в области репродуктивного здоровья, педиатрии и питания, анкеты были адаптированы к условиям Казахстана. В декабре 1994 года было проведено тестирование анкет, в результате чего были введены коррекции и разработаны окончательные варианты анкет.

Анкета домовладения была предназначена для составления списков членов и посетителей домовладений, а также для сбора социально-экономической информации о домовладениях. Первая часть анкеты домовладения отражала информацию о возрасте, поле, уровне образования, семейном положении, а также характере связи каждого члена с главой домовладения. Основная задача первой части анкеты домовладения состояла в получении информации, необходимой для идентификации тех женщин, которые соответствовали возрастному критерию необходимому для проведения с ними индивидуальных интервью. Во второй части анкеты домовладения вопросы касались характера жилищных условий, таких как количество комнат, материал, из которого сделан пол, источник питьевой воды, тип туалета, наличие бытовых средств длительного пользования.

Индивидуальная анкета предназначена для сбора информации о женщинах в возрасте 15-49 лет. Анкета включала следующие разделы:

- Общая информация
- История беременности
- Исходы беременностей и антенатальная помощь
- Здоровье ребенка, питание и грудное вскармливание
- Вакцинация ребенка , случаи кишечных и респираторных заболеваний
- Знание и использование методов контрацепции
- Замужество и отношение к рождению ребенка
- Информация о муже и о работе женщины
- Антропометрия матери и ребенка
- Определение гемоглобина в крови женщин и их детей

Одной из основных задач ПМДК явилось обследование женщин и их детей на предмет анемии. Тестирование на анемию проводилось путем измерения уровня гемоглобина в капиллярной крови при помощи прибора Hemocue. Взятие крови для анализа и ее тестирование производилось после получения письменного согласия женщины на проведение данного исследования. Также как и все данные, полученные в результате анкетирования, результаты тестирования на анемию носили конфиденциальный характер. Однако в случаях тяжелой анемии (уровень гемоглобина менее 7 г/дл) с разрешения женщины предусматривалось информирование местного лечебно-профилактического учреждения о выявленном факте.

1.5.3 Обучение и полевые работы

Тестирование анкет ПМДК было проведено в декабре 1994 года. Шесть интервьюеров прошли двухнедельное обучение. Кроме того, тестирование включало серию пробных интервью, которые проводились в течение двух недель в г.Алматы и сельском районе Алматинской области. В целом, во время претеста было проинтервьюировано 124 женщины. Интервьюеры, участвовавшие в тестировании анкеты были в дальнейшем приглашены в качестве супервизоров и редакторов для основных исследований летом 1995 года.

Штат полевых интервьюеров и лаборантов для основных исследований был сформирован из состава студентов Республиканского медицинского училища. Всего 40 студентов обучались в течение месяца (с середины апреля до середины мая) методикам интервьюирования, сбора и анализа крови, а также антропометрии. Обучение предусматривало курс лекций и практических занятий, а также проведение пробных интервью в полевых условиях. Заключительным этапом обучения явилось тестирование и отбор наиболее подготовленных студентов для работы в качестве интервьюеров.

Основные исследования по программе ПМДК были проведены в период времени с мая по сентябрь 1995 года. Сбор данных осуществлялся четырьмя группами исследователей, каждая из которых состояла из восьми человек: одного супервизора, одного редактора, одного интервьюера по домовладению, четырех интервьюеров по индивидуальной анкете женщины, а также лаборанта (ответственного за антропометрические измерения и определение гемоглобина крови). Все члены команд, за исключением лаборантов, были представлены лицами женского пола, что облегчало установление контактов с респондентами во время анкетирования.

Все команды начали работу одновременно - 15 мая 1995 года в г.Алматы, где исследование было проведено в течение трех недель. Затем каждая из 4-х команд направилась в соответствующий регион для продолжения основных исследований. Сбор данных был завершен 31 августа 1995 года.

1.5.4 Обработка данных

В процессе сбора данных заполненные интервьюерами анкеты доставлялись в Институт питания для их окончательного редактирования и компьютерного анализа. Кроме того, окончательное редактирование включало кодирование ряда категорий ответов, таких как отдельные нозологические формы, характер профессий, тип контрацептивных препаратов и другие. Компьютерный анализ данных производился при помощи статистического пакета ISSA (Integrated System for Survey Analysis). Программа для ввода данных была адаптирована на русский язык. Редактирование анкет, а также ввод и анализ данных были начаты в мае - в день начала исследований, и завершены в сентябре 1995 года.

1.5.5 Объем исследований

В таблице 1.1 представлена информация об объеме и полноте охвата выборки в ПМДК, а также количестве проведенных интервью по анкете домовладения и индивидуальной анкете женщин. В целом, было отобрано 4480 домов, из которых на момент посещения командами интервьюеров 4241 были заняты под жилье. Главной причиной различий в охвате было то, что те домовладения, которые были заняты под жилье в период проведения листинговых работ, оказались вакантными во время основного полевого исследования. Из 4241 домовладений в 4178 (99 процентов) интервьюирование по анкете домовладения было проведено в полном объеме.

В указанных домовладениях были идентифицированы 3899 женщин, которые соответствовали критериям для индивидуального интервьюирования (лица женского пола в возрасте 15 - 49 лет, являющиеся постоянными жителями или посетительницами данного домовладения). Из этого количества женщин с 3771 женщиной было проведено индивидуальное интервьюирование, что составило 97 процентов от общего числа отобранных для исследования женщин.

Общий объем охвата выборки по анкете домовладения и индивидуальной анкете женщины составил 95 процентов.

Ниже представлены основные результаты первого общенационального медико-демографического исследования Казахстана.

Таблица 1.1 Результаты интервьюирования домовладений и индивидуального интервьюирования

Количество домовладений, количество интервью и уровень ответности, Казахстан 1995

Результат	Местожительство		
	Город	Село	Всего
Интервьюирование домовладений			
Отобранные домовладения	2,808	1,672	4,480
Найденные домовладения	2,627	1,614	4,241
Проинтервьюированные домовладения	2,570	1,608	4,178
Уровень ответности домовладений	**97.8**	**99.6**	**98.5**
Индивидуальное интервьюирование			
Количество женщин подлежавших интервьюированию	2,131	1,768	3,899
Количество проинтервьюированных женщин	2,056	1,715	3,771
Уровень ответности среди женщин, подлежавших интервьюированию	**96.5**	**97.0**	**96.7**

ГЛАВА 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМОВЛАДЕНИЙ И РЕСПОНДЕНТОВ

Шамшидин А. Балгимбеков, Райымбек Сисемалиев

В данной главе представлена общая характеристика домовладений и респондентов. Эта информация имеет важное значение при анализе результатов исследования, поскольку медико-демографические параметры в значительной степени определяются социально-биологическими факторами. Кроме того, информация о характеристике домовладений и респондентов является показателем репрезентативности и качества собранных данных.

Настоящая глава включает 3 раздела: характеристика жителей домовладений (структура домовладения, поло-возрастной состав, уровень образования членов домовладения); особенности домашнего хозяйства (наличие электричества, вид источника питьевой воды, санитарно-гигиенические условия и др.) и общая характеристика респондентов (местожительство, возраст, этническая принадлежность, семейное положение, род занятий и др.).

2.1 Характеристика жителей домовладений

Анкета домовладения программы медико-демографических исследований Казахстана (ПМДК) предназначена для изучения социально-демографической характеристики членов и посетителей каждого идентифицированного домовладения (см. Приложение Е). Членами домовладения являются лица, которые обычно живут и питаются вместе, ведут совместное домашнее хозяйство (де-юре население). К посетителям относились любые лица, не являющиеся членами домовладения, но которые провели в этом домовладении предшествующую ночь перед интервью. Все женщины, члены или посетители данного домовладения в возрасте от 15 до 49 лет отбирались в качестве респондентов для проведения индивидуального интервью. В целом численность всего населения (де-факто население) в отобранных домовладениях составила 15 635 человек.

2.1.1 Поло-возрастной состав

В таблице 2.1 представлены данные распределения жителей домовладений по возрастным группам с 5-летним интервалом в зависимости от пола и местожительства. Почти 1/3 населения составили дети в возрасте до 14 лет (32 процента), причем их удельный вес на селе был больше по сравнению с городом (соответственно 37 и 26 процентов). Начиная с возрастной группы 35-39 лет, наблюдалось постепенное уменьшение удельного веса последующих возрастных групп. В целом количество женщин было несколько больше по сравнению с количеством мужчин. Эта разница была более выражена в городской местности. Женщины в возрасте от 15 до 49 лет, являвшиеся основными респондентами ПМДК, составили одну четвертую часть всего населения.

Как видно из рисунка 2.1, поло-возрастной состав населения Казахстана имеет форму пирамиды с широким основанием, постепенно переходящим в острый пик. Некоторое снижение численности населения в возрастной группе 50-54 лет как среди мужчин, так и среди женщин, вероятно объясняется снижением рождаемости 50-54 лет назад, т.е. во время Великой Отечественной Войны.

Таблица 2.1 Население домовладений в зависимости от возраста, местожительства и пола

Процентное распределение фактического населения домовладений по пятилетним возрастным группам в зависимости от пола и местожительства, Казахстан 1995

Возрастные группы	Город			Село			Всего		
	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего	Муж	Жен	Всего
0-4	7.8	6.7	7.2	12.3	11.5	11.9	10.3	9.2	9.7
5-9	9.4	9.0	9.2	13.4	12.2	12.8	11.6	10.7	11.1
10-14	10.4	9.6	10.0	11.8	11.7	11.8	11.2	10.7	10.9
15-19	9.3	8.4	8.9	9.8	8.9	9.4	9.6	8.7	9.1
20-24	7.8	6.1	6.9	9.0	8.4	8.7	8.4	7.3	7.9
25-29	7.2	7.1	7.1	8.5	6.3	7.4	7.9	6.7	7.3
30-34	8.6	6.7	7.6	7.5	7.5	7.5	8.0	7.1	7.5
35-39	8.2	8.2	8.2	6.6	6.2	6.4	7.3	7.2	7.2
40-44	8.6	8.1	8.3	4.4	4.7	4.6	6.3	6.3	6.3
45-49	5.6	5.4	5.5	4.6	3.8	4.2	5.0	4.5	4.8
50-54	3.7	4.4	4.1	2.5	3.4	2.9	3.0	3.9	3.5
55-59	5.2	6.0	5.6	4.2	4.6	4.4	4.6	5.3	4.9
60-64	2.9	3.4	3.2	2.0	3.1	2.5	2.4	3.2	2.8
65-69	3.3	4.3	3.8	1.4	2.8	2.1	2.3	3.5	2.9
70-74	1.2	2.8	2.1	1.3	2.0	1.7	1.3	2.4	1.9
75-79	0.5	1.7	1.2	0.5	1.3	0.9	0.5	1.5	1.0
80+	0.5	2.0	1.3	0.3	1.5	0.9	0.4	1.7	1.1
Пропущено/ Не знают	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество	3,358	3,864	7,222	4,137	4,277	8,413	7,495	8,141	15,635

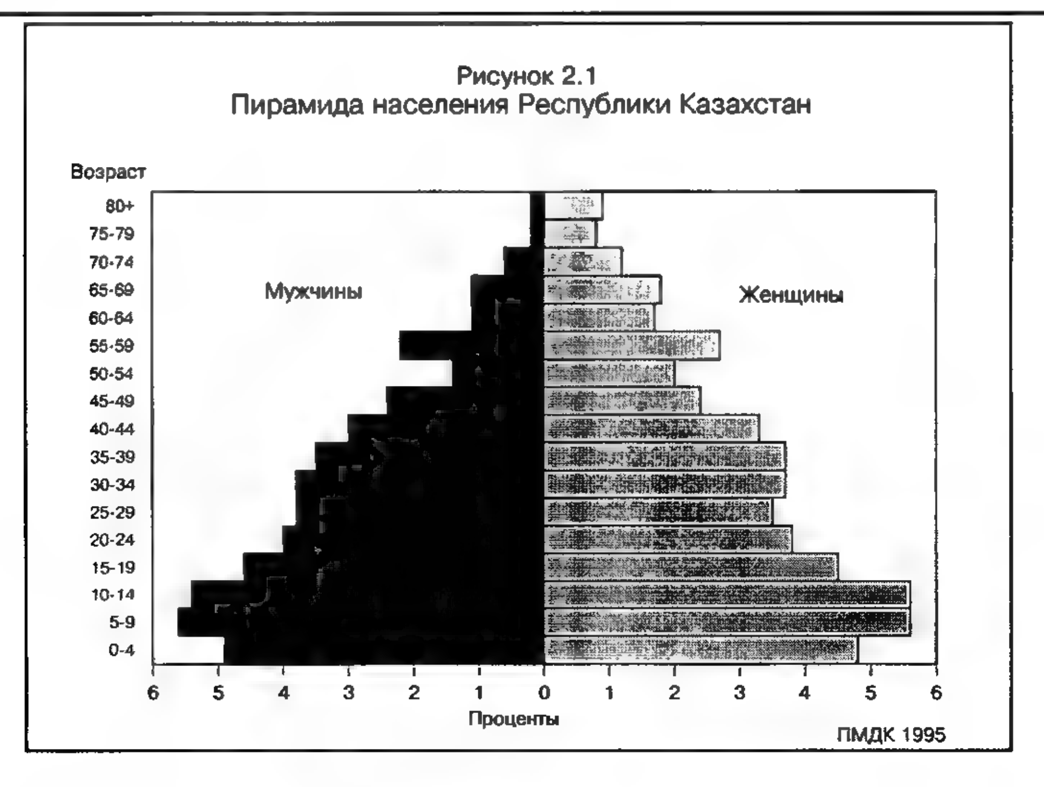


Рисунок 2.1
Пирамида населения Республики Казахстан

Представляет определенный интерес сопоставление данных ПМДК и Переписи населения республики 1989 года (таблица 2.2). Схожесть процентного распределения населения по указанным возрастным группам по данным ПМДК и Переписи 1989 года свидетельствует о репрезентативности выборки ПМДК.

Таблица 2.2 Население по возрастным группам по данным ПМДК и переписи населения 1989 года

Процентное распределение де-юре населения по возрастным группам, Казахстан 1989 - 1995

Возрастные группы	ПМДК 1995	Перепись 1989
<15	31.0	31.8
15-64	62.1	62.5
65+	6.9	5.7
Всего	100.0	100.0
Средний возраст	26.5	26.9
Соотношение иждивенцев	61.0	60.0

2.1.2 Состав домовладений

В таблице 2.3 представлены сведения о размере и составе домовладений в зависимости от местожительства респондентов. В каждом домовладении определяли главу домовладения, т.е. человека, признанного таковым остальными членами, а также степень родства последних к вышеуказанному лицу. В целом в 68 процентах случаев главой домовладения являлись лица мужского пола. Причем этот показатель составил в городской местности 61 процент, а в сельской - 77 процентов.

Около 70 процентов домовладений состояли из 1-4 членов, и в среднем по Республике размер домовладения составил 3.8. Имелось значительное различие в показателях среднего размера домовладений в городской и сельской местностях (соответственно 3.1 и 4.7). Всего в 3 процентах домовладений оказались приемные дети младше 15-летнего возраста.

Таблица 2.3 Состав домовладений

Процентное распределение домовладений по половой принадлежности глав домовладений, размерам домовладений и наличию в них приемных детей, Казахстан 1995

Характеризуемый показатель	Местожительство		
	Город	Село	Всего
Главенство в домовладении			
Мужчины	61.3	76.6	68.0
Женщины	38.7	23.4	32.0
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество постоянных членов домовладения			
1	16.2	5.6	11.6
2	23.6	11.4	18.3
3	20.8	14.1	17.9
4	21.5	19.9	20.8
5	10.0	16.7	12.9
6	4.6	13.5	8.4
7	1.5	8.8	4.7
8	0.6	4.8	2.4
9+	0.9	5.2	2.8
Всего	100.0	100.0	100.0
Средний размер	3.1	4.7	3.8
Процент с приемными детьми	2.2	4.4	3.1

Примечание: Таблица основана на количестве де-юре членов, т.е. постоянных жителей.

В таблице 2.4. представлена информация о детях до 15 лет в зависимости от наличия обоих или одного из родителей с учетом социально-биологических факторов.

С обоими родителями живут 79 процентов детей в возрасте до 15 лет. С увеличением возраста наблюдается уменьшение удельного веса детей, живущих с обоими родителями: с 86 процентов в возрастной группе 0-2 года

до 75 процентов в группе детей от 12 лет и старше. На селе по сравнению с городом с обоими родителями живут несколько больше детей. В Южном и Западном регионах установлен наибольший удельный вес детей, живущих с родителями (по 83 процента в каждом из регионов). Двенадцать процентов детей младше 15 лет живут со своими матерями; из них: у 3 процентов отец умер, и у 9 процентов отец жив. Имеются различия в уровне этого показателя в зависимости от возраста ребенка, пола и местожительства. Обращает на себя внимание наличие значительного количества детей (6 процентов), у которых родители живы, но не живут вместе с ними.

Таблица 2.4 Сироты и приемные дети

Процентное распеределение фактических детей до 15 лет по наличию живых или умерших родителей в зависимости от возраста и половой принадлежности детей, местожительства и региона проживания, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Живущие с обоими родителями	Живущие только с матерью		Живущие только с отцом		Не живущие с родителями				Информация об отце/матери отсутствует	Всего	Количество детей
		Отец жив	Отец умер	Мать жива	Мать умерла	Оба живы	Жив только отец	Жива только мать	Оба умерли			
Возраст												
0-2	85.9	10.1	0.8	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.4	100.0	870
3-5	81.6	10.7	1.2	0.7	0.2	5.0	0.1	0.3	0.0	0.2	100.0	981
6-8	78.1	10.2	2.6	0.2	1.0	7.3	0.0	0.1	0.0	0.3	100.0	1,056
9-11	76.7	6.5	4.6	1.0	0.9	9.4	0.0	0.2	0.0	0.6	100.0	1,033
12+	74.6	7.4	6.1	1.6	1.4	6.9	0.3	0.3	0.3	1.0	100.0	1,034
Пол												
Мужской	80.2	7.9	3.6	1.0	1.1	5.5	0.1	0.1	0.1	0.4	100.0	2,478
Женский	78.2	9.9	2.8	0.4	0.3	7.3	0.1	0.2	0.1	0.6	100.0	2,496
Местожительство												
Город	75.7	12.3	2.8	0.8	0.5	6.6	0.2	0.2	0.0	0.8	100.0	1,907
Село	81.3	6.8	3.4	0.6	0.8	6.3	0.1	0.2	0.1	0.4	100.0	3,067
Регион												
г.Алматы	68.6	18.7	6.0	1.0	0.0	3.7	0.6	0.6	0.0	0.8	100.0	188
Южный	82.7	5.6	3.1	0.7	0.9	6.5	0.1	0.0	0.1	0.4	100.0	2,286
Западный	82.7	7.5	3.4	0.4	1.5	3.9	0.1	0.3	0.0	0.4	100.0	718
Центральный	75.2	9.7	4.6	0.1	0.8	8.1	0.4	0.1	0.1	0.8	100.0	447
Северо-Восточный	74.1	13.7	2.4	1.1	0.1	7.4	0.0	0.4	0.0	0.7	100.0	1,335
Всего	79.2	8.9	3.2	0.7	0.7	6.4	0.1	0.2	0.1	0.5	100.0	4,974

Примечание: Согласно конвенции, *приемные* дети - это те, которые не живут со своими родителями. Указанная группа также включает *сирот*, т.е. детей, у которых родители умерли.

Около 4 процентов детей в возрасте младше 15 лет оказались сиротами; из них: у более чем 3 процентов умер отец, у менее 1 процента умерла мать, и незначительная часть потеряла обоих родителей.

2.1.3 Образовательный уровень членов домовладения

Одним из важнейших параметров общей характеристики является уровень образования членов домовладения. Показатели репродуктивного здоровья женщин и состояние здоровья детей во многом связаны с уровнем образования.

Таблица 2.5 Уровень образования женского населения домовладений

Процентное распределение фактического женского населения домовладений возрастной группы от семи лет и старше по наивысшему уровню образования и среднее число лет обучения в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Уровень образования: Нет образования	Начальное/ среднее	Средне-специ-альное	Высшее	Пропу-щено	Всего	Коли-чество	Среднее число лет обучения
Возраст								
7-9	12.0	88.0	0.0	0.0	0.0	100.0	520	2.2
10-14	0.1	99.9	0.1	0.0	0.0	100.0	873	6.6
15-19	0.2	66.9	25.9	7.1	0.0	100.0	709	10.5
20-24	0.6	35.6	49.4	14.4	0.0	100.0	597	11.0
25-29	0.0	25.6	49.7	24.7	0.0	100.0	543	11.0
30-34	0.0	30.4	49.9	19.7	0.0	100.0	580	10.9
35-39	0.4	36.8	43.8	18.3	0.7	100.0	583	10.8
40-44	0.4	34.8	46.8	17.3	0.6	100.0	515	10.9
45-49	1.3	42.2	36.7	18.3	1.5	100.0	370	10.9
50-54	0.2	63.2	21.7	14.4	0.5	100.0	316	10.2
55-59	3.6	61.9	23.6	9.8	1.2	100.0	428	9.1
60-64	15.5	63.1	12.3	9.1	0.0	100.0	263	7.0
65+	23.0	62.7	10.5	3.5	0.3	100.0	741	4.8
Местожительство								
Город	3.6	47.3	32.4	16.2	0.5	100.0	3,471	10.4
Село	5.0	65.5	23.1	6.2	0.1	100.0	3,567	9.5
Регион								
г.Алматы	2.1	40.7	26.2	30.7	0.3	100.0	435	10.9
Южный	5.2	62.4	23.7	8.4	0.2	100.0	2,638	9.9
Западный	4.2	57.2	28.4	10.2	0.0	100.0	963	10.0
Центральный	3.2	52.9	31.8	12.0	0.1	100.0	628	10.1
Северо-Восточный	4.0	53.6	31.0	10.8	0.6	100.0	2,374	10.1
Всего	4.3	56.5	27.7	11.2	0.3	100.0	7,038	10.1

Результаты ПМДК свидетельствуют о высоком образовательном уровне населения Казахстана. Как видно из таблицы 2.5, 93 процента женщин имели хоть какое-нибудь образование. Довольно высокий процент женщин, особенно в возрастной группе 20-49 лет, имели средне-специальное или высшее образование. Уровень образования у городских женщин был выше, чем у сельских. Имеются различия между женщинами города Алматы и другими регионами. Продолжительность обучения женщин в среднем составила 10 лет.

Данные таблицы 2.6 показывают, что мужчины в Казахстане также имеют высокий уровень образования. Процент лиц со средне-специальным и высшим образованием среди мужчин составил 38 процентов, а в отдельных возрастных группах эта цифра доходит до 60 процентов. Больше мужчин имеют высшее образование в городской местности, чем в сельской (18 и 7 процентов соответственно). Продолжительность обучения в среднем была больше в г.Алматы, чем в остальных 4-х регионах, где этот показатель был почти одинаков (10.1 - 10.3 лет).

Таблица 2.6 Уровень образования мужского населения домовладений

Процентное распределение фактического мужского населения домовладений возрастной группы от семи лет и старше по наивысшему уровню образования и среднее число лет обучения в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

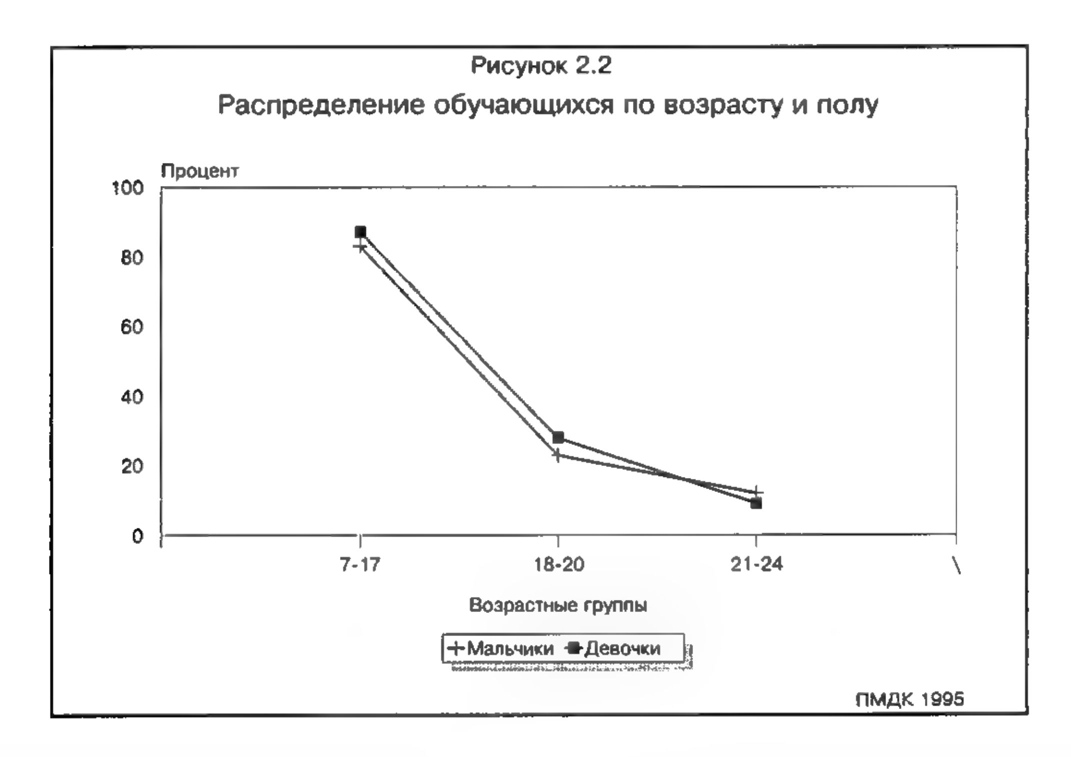
Социально-биологические факторы	Уровень образования							
	Нет образования	Начальное/ среднее	Средне-специальное	Высшее	Пропущено	Всего	Кол-во	Среднее число лет обучения
Возраст								
7-9	13.8	86.2	0.0	0.0	0.0	100.0	520	2.1
10-14	0.2	99.8	0.0	0.0	0.0	100.0	837	6.5
15-19	1.0	75.1	18.5	5.4	0.0	100.0	718	10.1
20-24	0.1	50.0	37.6	12.2	0.1	100.0	631	11.0
25-29	0.1	39.3	43.9	16.2	0.6	100.0	593	11.0
30-34	0.7	39.3	40.9	18.1	1.0	100.0	599	11.0
35-39	0.0	38.5	44.3	16.6	0.6	100.0	547	10.9
40-44	0.3	39.5	41.0	18.7	0.5	100.0	470	10.8
45-49	0.0	45.5	35.7	17.3	1.5	100.0	375	11.0
50-54	0.7	53.7	24.7	19.3	1.7	100.0	225	10.7
55-59	1.7	54.0	26.5	17.3	0.6	100.0	346	10.2
60-64	8.8	58.9	18.3	13.7	0.2	100.0	180	7.6
65+	8.3	58.6	17.9	14.4	0.8	100.0	330	7.5
Местожительство								
Город	1.7	49.2	30.9	17.5	0.6	100.0	2,957	10.5
Село	2.6	68.1	22.6	6.5	0.4	100.0	3,417	10.0
Регион								
г.Алматы	1.6	45.5	23.0	29.6	0.3	100.0	329	10.8
Южный	2.7	63.4	22.1	11.5	0.4	100.0	2,550	10.3
Западный	2.0	63.4	23.8	10.7	0.0	100.0	865	10.2
Центральный	1.6	56.9	29.4	11.6	0.5	100.0	546	10.1
Северо-Восточный	1.8	55.5	32.6	9.3	0.8	100.0	2,084	10.1
Всего	2.2	59.3	26.4	11.6	0.5	100.0	6,374	10.2

Для прогнозирования общеобразовательного уровня населения страны важное значение имеют сведения о зачислении в учебные заведения детей и молодых людей в возрасте до 24 лет. Как видно из таблицы 2.7 и рисунка 2.2, в целом в возрастной группе 7-17 лет этот показатель составил 85 процентов с незначительными различиями в зависимости от места жительства и пола.

Таблица 2.7 Уровень посещаемости школ, средне-специальных и высших учебных заведений

Процентное распределение фактического населения домовладений в возрасте 7-24 лет, посещающих школы, средне-специальные и высшие учебные заведения по возрастным группам, половой принадлежности и местожительству, Казахстан 1995

Возрастные группы	Мужчины			Женщины			Всего		
	Город	Село	Всего	Город	Село	Всего	Город	Село	Всего
7-17	86.4	81.4	83.4	87.2	87.1	87.1	86.8	84.2	85.2
18-20	35.5	13.3	23.4	36.7	19.9	28.1	36.1	16.5	25.8
21-24	17.2	8.5	12.1	16.0	4.1	8.8	16.6	6.3	10.4



По разным причинам не все продолжают обучение в средне-специальных и высших учебных заведениях после окончания восьмилетней или средней школы. Всего один респондент из четырех в возрастной группе 18-20 лет и один из десяти в возрастной группе 21-24 лет продолжили обучение в учебных заведениях. В более старших возрастных группах разрыв между городским и сельским населением увеличивается так, что обучающихся жителей городской местности становится в два раза больше, чем жителей сельской. Хотя в целом женщин, обучающихся в учебных заведениях, несколько больше по сравнению с мужчинами, в возрастной группе 21-24 лет наблюдалась обратная картина.

2.2 Характеристика домашнего хозяйства

С целью оценки социально-экономических условий жизни респондентов была собрана соответствующая информация о домашнем хозяйстве. В таблице 2.8 представлены данные по типу источника питьевой воды, санитарных удобств, виду материала, использованного для

Таблица 2.8 Характеристика домашнего хозяйства

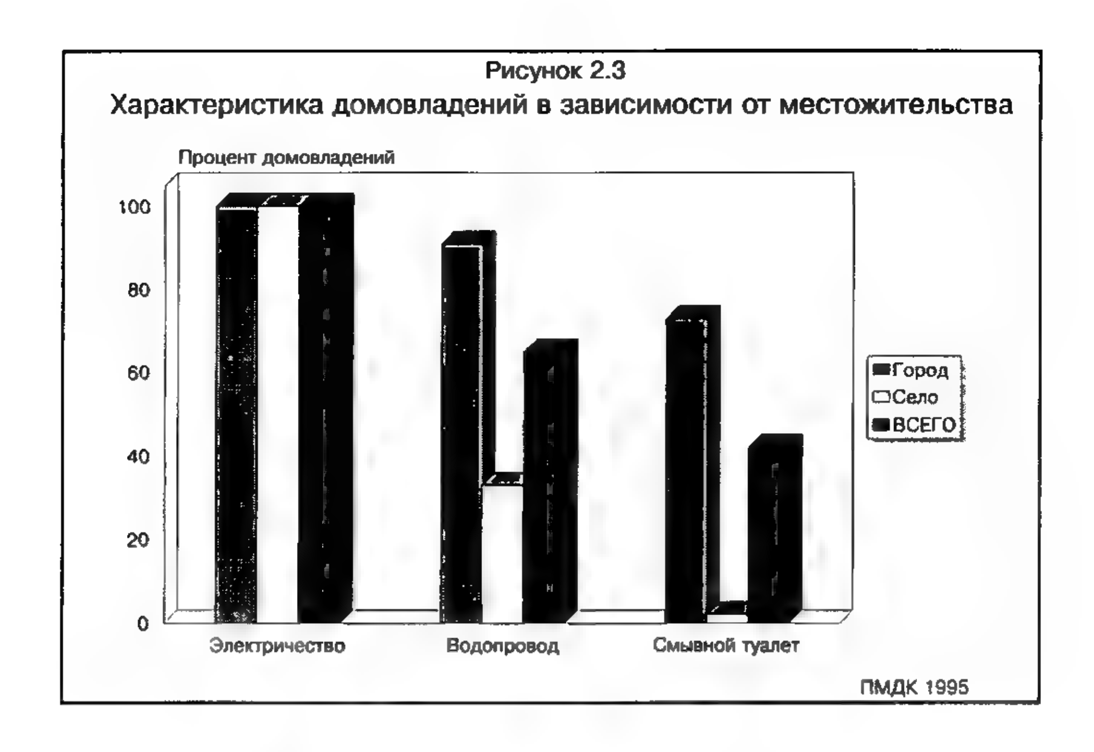
Процентное распределение домовладений по характеристикам домашнего хозяйства в зависимости от местожительства, Казахстан 1995

Социально-гигиенические условия	Местожительство		Всего
	Город	Село	
Электричество			
Есть	99.9	99.9	99.9
Нет	0.1	0.1	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0
Источник питьевой воды			
Водопровод внутри жилища	90.5	32.5	65.4
Общественный трубопровод	6.4	37.0	19.6
Колодец во дворе	1.7	11.2	5.8
Общественный колодец	0.5	11.8	5.4
Родниковая вода	0.0	1.0	0.4
Река/течение	0.1	3.2	1.4
Пруд/озеро	0.0	0.3	0.1
Водохранилище	0.8	2.9	1.7
Другое	0.0	0.2	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0
Время ходьбы до источника(в мин)			
<15 минут	96.7	75.9	87.7
Среднее время до источника	0.5	4.1	0.7
Тип туалета			
Собственный смывной туалет	72.8	2.4	42.3
Смежный смывной туалет	0.3	0.0	0.2
Туалет в виде ямы	26.6	95.9	56.6
Нет туалета	0.1	1.7	0.8
Всего	100.0	100.0	100.0
Тип пола			
Деревянные доски	60.5	93.9	75.0
Линолеум	36.9	3.1	22.3
Паркет/полированный пол	2.0	0.6	1.4
Земля/песок	0.0	1.9	0.8
Цемент	0.0	0.3	0.1
Другое	0.4	0.1	0.3
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество людей, спящих в одной комнате			
1-2	95.2	92.4	94.0
3-4	4.3	7.0	5.5
5-6	0.5	0.3	0.4
7+	0.0	0.3	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0
Среднее количество людей на одну комнату	1.3	1.6	1.4
Количество домовладений	2,368	1,810	4,178

покрытия пола, и скученности в домовладениях, являющихся важнейшими детерминантами состояния здоровья членов домовладения, особенно детей. Как видно из таблицы 2.8 и рисунка 2.3, практически все домовладения в Казахстане обеспечены электричеством.

Источник питьевой воды, как правило, определяет ее качество. В Казахстане восемьдесят пять процентов домовладений имели водопроводную воду, и в большинстве из них водопровод находился внутри жилища. Имелось большое количество домовладений, где жители исполь-зовали колодезную воду. Почти во всех городских домовладениях используют воду из водопровода (97 процентов), и при этом, почти во всех случаях водопровод находился внутри жилища. В сельских районах 70 процентов домовладений имели водопровод-ную воду, в то же время 1/5 часть сельского населения используют воду из колодцев. Редко наблюда-лись случаи, когда люди использовали в качестве питьевой воды воду из водовозов, рек и других открытых водоемов. Почти в 90 процентах случаев источники питьевой воды находились в пределах 15 минутной ходьбы.

Одним из показателей санитарных условий жизни является тип туалета в домовладении. В целом по Казахстану в большинстве домовладений (57 процентов) имелись обычные туалеты в виде ямы, и в 42 процентах - смывные туалеты. В городах в 73 процентах домовладений имелись смывные туалеты, в то время как на селе в 96 процентах - обычные туалеты.



Во время интервью исследователи определяли тип материала, из которого сделан пол в домовладении. Как видно из представленных данных, 75 процентов домовладений имели деревянные полы, а в 22 процентах случаев в качестве материала использовался линолеум. В сельской местности пол в основном из дерева - 94 процента, а в городах, наряду с деревянными покрытиями, широко используется линолеум - 37 процентов.

Одним из важных показателей жилищных условий является фактор скученности в домовладении, который оценивался путем определения количества лиц, спящих в одной комнате, и среднего числа лиц, приходящихся на одну комнату.

Как в городе, так и на селе в более чем 90 процентах домовладений указанный фактор характеризовался наличием 1-2 человек, которые обычно спят в одной комнате. Среднее число лиц, приходящихся на одну комнату, было несколько выше в городе по сравнению с селом (1.6 и 1.3 соответственно).

2.2.1 Наличие бытовых средств в домовладениях

Одним из критериев социально-экономического благополучия населения является наличие различных бытовых предметов (радио, телевизора, телефона и холодильника), а также транспортных средств (велосипеда, мотоцикла и автомобиля). Наличие в домовладении радио и телевизора является также показателем доступности средств массовой информации.

Таблица 2.9 Бытовая техника в домовладениях

Процент домовладений, имеющих различную бытовую технику в зависимости от местожительства, Казахстан 1995

Бытовая техника	Местожительство		
	Город	Село	Всего
Радио	62.0	36.9	51.1
Телевизор	92.7	85.6	89.6
Телефон	48.9	22.6	37.5
Холодильник	92.4	69.3	82.4
Велосипед	17.7	16.7	17.3
Мотоцикл	7.0	15.9	10.9
Автомобиль	24.0	21.3	22.9
Ничего из перечисленного	1.7	6.2	3.7
Количество домовладений	2,368	1,810	4,178

Как видно из таблицы 2.9, в городских домовладениях оказалось несколько больше радиоприемников, телефонов, телевизоров и холодильников, чем на селе. Приблизительно равное количество городского и сельского населения владеют велосипедами и личными автомобилями. Высокий процент наличия мотоциклов в сельской местности по сравнению с городом обусловлен специфичностью уклада ведения хозяйства на селе. В целом по Казахстану в 90 процентах домовладений имелись телевизоры, 82 процентах холодильники. Однако только в половине домовладений имелись радиоприемники, и лишь в 38 процентах - телефоны. В менее чем 1/4 части домовладений имелись личные автомобили.

2.3 Общая характеристика респондентов

2.3.1 Общая характеристика

Информация, представленная в данном разделе, имеет важное значение при анализе основных результатов исследования. В таблице 2.10 показано процентное распределение респондентов по возрасту, семейному положению, местожительству, региону проживания, уровню образования и этнической принадлежности.

С целью более точного определения возраста женщин анкета включала два вопроса: "В каком месяце и году Вы родились?" и "Сколько Вам полных лет?". Во время обучения интервьюеров этим вопросам уделялось особое внимание. Проводилось тестирование с решением различных ситуационных задач по определению возраста респондентов, не знающих дату своего рождения.

Как видно из таблицы 2.10, удельный вес респондентов во всех возрастных группах был приблизительно одинаковым, за исключением 45-49-летней группы. Большинство женщин были

замужем или живут с мужчиной (67 процентов), но также имелась значительная доля незамужних женщин (24 процента), вдов и разведенных (10 процентов). Респонденты были несколько больше представлены городскими жительницами (57 процентов). Более 70 процентов проживают в Южном и Северо-Восточном регионах. Все респонденты имели начальное/среднее образование и 63 процента женщин имели средне-специальное или высшее образование. Двенадцать процентов женщин на момент исследования посещали учебные заведения.

Таблица 2.10 Общая характеристика респондентов

Процентное распределение женщин в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Взвешенный процент	Количество женщин	
		Взвешенное	Невзвешенное
Возраст			
15-19	17.7	669	660
20-24	15.0	567	586
25-29	13.8	521	530
30-34	14.8	557	558
35-39	14.9	564	562
40-44	14.3	537	505
45-49	9.4	355	370
Семейное положение			
Не была замужем	23.5	885	912
Замужем	64.0	2,413	2,371
Живут вместе	2.5	94	86
Вдова	2.9	108	115
Разведена	5.4	204	221
Не живут вместе	1.8	67	66
Местожительство			
Город	56.6	2,133	2,056
Село	43.4	1,638	1,715
Регион			
г. Алматы	7.2	271	615
Южный	32.0	1,206	920
Западный	12.7	477	830
Центральный	9.5	358	726
Северо-Восточный	38.7	1,458	680
Образование			
Начальное/среднее	36.6	1,380	1,397
Средне-специальное	45.6	1,721	1,630
Высшее	17.8	670	744
Еще посещает школу			
Да	11.9	449	455
Нет	88.1	3,322	3,316
Религия			
Мусульманки	50.8	1,914	2,106
Христианки	32.8	1,238	1,110
Другие	1.3	51	41
Не религиозны	13.2	499	455
Не знают	1.8	69	59
Национальность			
Казашки	45.0	1,696	1,937
Русские	34.7	1,309	1,178
Украинки	3.8	141	120
Немки	3.8	142	116
Белорусски	0.9	35	28
Татарки	1.6	61	68
Узбечки	1.1	42	28
Другие	9.1	344	296
Всего	100.0	3,771	3,771

Больше половины респондентов исповедуют ислам, одна третья часть христианство. Значительной была доля нерелигиозных женщин (13 процентов). Этнический состав респондентов в основном представлен двумя крупными национальностями республики: казашками (45 процентов) и русскими (35 процентов).

В таблице 2.11 показано процентное распределение респондентов по этнической и религиозной принадлежности и местожительству в зависимости от региона проживания. Можно заметить, что в Южном, Западном и Центральном регионах преобладает казахское население, в то время как русское население превалирует в г.Алматы и в Северо-Восточном регионе. Подобная картина наблюдается и в распределении в зависимости от религиозной принадлежности: в Южном, Западном и Центральном регионах преобладают мусульмане, а в г.Алматы и в Северо-Восточном регионе христиане.

Таблица 2.11 Национальность, религия и местожительство по регионам проживания

Процентное распределение женщин 15-49 лет по регионам в зависимости от национальности, религии и местожительства, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Регионы					Всего
	Город Алматы	Южный	Западный	Центральный	Северо-Восточный	
Национальность						
Казашки	25.7	67.5	69.0	53.5	20.0	45.0
Русские	55.6	12.2	21.0	30.9	54.9	34.7
Украинки	3.9	0.3	2.9	2.9	7.1	3.8
Немки	1.6	0.6	1.3	5.2	7.2	3.8
Белорусски	0.3	0.1	0.7	1.0	1.8	0.9
Татарки	2.3	0.8	1.4	3.8	1.7	1.6
Узбечки	0.5	3.1	0.0	0.0	0.3	1.1
Другие	10.1	15.4	3.7	2.7	7.1	9.1
Религия						
Мусульманки	30.7	83.0	69.6	51.7	21.4	50.8
Христианки	49.1	12.1	24.0	26.0	51.5	32.8
Другие	1.5	0.9	0.2	1.3	2.1	1.3
Не религиозны	16.9	3.7	5.6	18.7	21.6	13.2
Не знают	1.8	0.4	0.6	2.3	3.3	1.8
Местожительство						
Город	100.0	41.6	55.7	55.9	61.3	56.6
Село	0.0	58.4	44.3	44.1	38.7	43.4
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество	271	1,206	477	358	1,458	3,771

2.3.2 Уровень образования респондентов

В таблице 2.12. показано процентное распределение женщин по наивысшему уровню образования в зависимости от социально-биологических факторов. Различия в показателях репродуктивного здоровья женщин во многом связаны с уровнем образования.

Тридцать семь процентов респонденток имели начальное/среднее образование, 46 процентов - средне-специальное, и 18 процентов - высшее. Наибольший удельный вес респондентов со средне-специальным и высшим образованием выявлен в возрастных группах от 25 до 44 лет. Значительные различия имели место среди городских и сельских жительниц, а также в зависимости от региона проживания. Респондентов с высшим образованием было в 2 и более раза больше в городах, чем в сельской местности; и почти в 3 раза больше в г.Алматы по сравнению с остальными регионами. Была выявлена связь уровня образования с этнической принадлежностью. Тридцать девять процентов казашек имеют начальное/среднее образование, 40 процентов - средне специальное; в то время как более половины русских женщин имеют средне-специальное образование.

Таблица 2.12 Уровень образования

Процентное распределение женщин по уровню образования в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Уровень образования				Количество женщин
	Начальное/ среднее	Средне-специальное	Высшее	Всего	
Возраст					
15-19	63.5	28.6	7.9	100.0	669
20-24	35.5	49.5	15.0	100.0	567
25-29	22.3	50.9	26.7	100.0	521
30-34	27.2	52.0	20.8	100.0	557
35-39	32.2	48.4	19.3	100.0	564
40-44	30.5	50.6	18.9	100.0	537
45-49	39.5	41.7	18.7	100.0	355
Местожительство					
Город	27.9	48.3	23.8	100.0	2,133
Село	48.0	42.1	9.9	100 0	1,638
Регионы					
г. Алматы	25.9	33.3	40.8	100.0	271
Южный	45.7	40.1	14.2	100.0	1,206
Западный	41.5	42.4	16.1	100.0	477
Центральный	31.2	50.0	18.7	100.0	358
Северо-Восточный	30.8	52.5	16.7	100.0	1,458
Национальность					
Казашки	39.1	40.2	20.6	100.0	1,696
Русские	27.4	54.4	18.2	100.0	1,309
Другие	46.8	42 5	10.7	100.0	766
Всего	36.6	45.6	17.8	100.0	3,771

2.3.3 Посещение учебных заведений и причины прекращения обучения

В связи с наличием очевидного влияния образования женщин на многие медико-демографические показатели определенный интерес представлял анализ причин прекращения обучения.

Как показано в таблице 2.13, тридцать пять процентов респондентов в настоящее время посещают учебные заведения. Основными причинами прекращения дальнейшего обучения явились замужество и нежелание женщины продолжать образование. Десять процентов женщин связывали прекращение обучения с необходимостью зарабатывать деньги. У большинства женщин, прекративших свое обучение на раннем этапе, и теми, кто завершил обучение на более высоком образовательном уровне, преобладающими причинами оказались замужество, или необходимость зарабатывать деньги, либо нежелание продолжать учебу.

Таблица 2.13 Посещение учебных заведений и причины прекращения обучения

Процентное распределение женщин в возрасте 15 - 24 лет по посещению учебных заведений и причины прекращения обучения в зависимости от уровня образования и местожительства, Казахстан 1995

	Образование			
Причины прекращения обучения	Неполное среднее	Среднее	Высшее	Всего
ВСЕГО				
В настоящее время учится	44.1	23.9	72.0	35.1
Забеременела	0.7	1.0	1.1	0.9
Вышла замуж	10.2	17.6	0.8	13.6
Воспитание детей	1.2	0.8	0.3	0.9
Семья нуждалась в помощи	5.4	7.2	1.4	6.0
Необходимость заработка	9.2	11.1	2.2	9.5
Уровень образования достаточный	6.2	16.8	20.2	14.1
Не сдала экзамены	2.5	7.0	0.0	4.9
Не желает учиться	12.4	6.0	1.9	7.4
Отдаленность учебного заведения	3.3	0.7	0.0	1.4
Собирается продолжить обучение	1.1	6.2	0.0	4.0
Другое	3.6	1.4	0.0	1.9
Не знает/пропущено	0.0	0.4	0.0	0.3
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество	358	739	138	1,235
ГОРОД				
В настоящее время учится	54.1	27.8	75.6	42.3
Забеременела	0.0	1.4	0.4	0.9
Вышла замуж	8.1	13.5	0.0	9.9
Воспитание детей	1.5	1.7	0.0	1.4
Семья нуждалась в помощи	4.9	3.0	0.0	3.0
Необходимость заработка	6.3	11.4	1.9	8.5
Уровень образования достаточный	7.0	18.3	19.6	15.7
Не сдала экзамены	2.5	7.0	0.0	4.7
Не желает учиться	9.8	6.1	2.5	6.4
Отдаленность учебного заведения	0.8	0.6	0.0	0.6
Собирается продолжить обучение	2.3	7.0	0.0	4.7
Другое	2.6	1.6	0.0	1.5
Не знает/пропущено	0.0	0.6	0.0	0.4
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество	154	363	103	620
СЕЛО				
В настоящее время учится	36.5	20.1	61.2	27.9
Забеременела	1.2	0.6	3.3	0.9
Вышла замуж	11.7	21.6	3.3	17.3
Воспитание детей	1.0	0.0	1.3	0.4
Семья нуждалась в помощи	5.8	11.2	5.6	9.1
Необходимость заработка	11.4	10.7	3.3	10.5
Уровень образования достаточный	5.6	15.3	22.2	12.5
Не сдала экзамены	2.5	7.1	0.0	5.2
Не желает учиться	14.4	5.9	0.0	8.4
Отдаленность учебного заведения	5.3	0.8	0.0	2.2
Собирается продолжить обучение	0.2	5.4	0.0	3.4
Другое	4.4	1.2	0.0	2.2
Не знает/пропущено	0.0	0.2	0.0	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество	204	376	35	615

2.3.4 Доступность средств массовой информации

При интервьюировании выяснялась доступность средств массовой информации, что имеет важное значение в осведомленности женщин по широкому кругу вопросов, в том числе и по планированию семьи. Эти данные позволят разработать рекомендации по составлению радио и телепередач, публикаций в газетах и журналах по вопросам репродуктивного здоровья, планирования семьи и др.

Таблица 2.14 Доступность средств массовой информации

Процент женщин, которые обычно читают газеты, смотрят телевизор один раз в неделю или слушают ежедневно радио в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Средства массовой информации (СМИ): Нет СМИ	Еженедельно читает газеты	Еженедельно смотрит телевизор	Ежедневно слушает радио	Все три СМИ	Количество женщин
Возраст						
15-19	1.1	76.8	94.7	29.7	23.5	669
20-24	1.5	79.2	93.1	32.5	25.8	567
25-29	4.0	79.5	92.8	38.5	34 4	521
30-34	2.0	77.8	94.9	41 6	33.1	557
35-39	1.8	79.9	93.3	43.7	36.6	564
40-44	2.1	77.1	93.7	46.9	38 4	537
45-49	3.9	75.0	91.1	54.0	44.4	355
Местожительство						
Город	0.8	82.6	96.3	48.3	41.6	2,133
Село	4.0	72.0	89.9	29.0	21.3	1,638
Регионы						
г. Алматы	0.5	94.1	98.2	66.7	63.4	271
Южный	3.9	65.8	91.7	32.3	24.0	1,206
Западный	2.6	84.6	90.0	38.7	32.3	477
Центральный	1.6	81.4	94.0	39.8	33.5	358
Северо-Вост.	1.1	82.1	95.2	41.7	34.4	1,458
Образование						
Начальное/сред.	3.8	69.2	90.6	32.7	23.7	1,380
Средне-спец.	1.4	79.9	94.9	39.9	33.4	1,721
Высшее	0.9	91.3	96.1	54.8	49.9	670
Национальность						
Казашки	3.1	75.6	91.0	35.8	28.3	1,696
Русские	1.4	83.6	95.4	46.5	40.0	1,309
Другие	1.7	73.9	95.9	37.8	30.4	766
Всего	2.2	78.0	93.5	39.9	32.8	3,771

Как видно из таблицы 2.14, 94 процента женщин еженедельно смотрят телевизор, в то же время 78 процентов женщин читают газеты по крайней мере 1 раз в неделю. Ежедневное прослушивание радио менее распространено, всего 40 процентов. Имеются незначительные различия по возрасту в просмотре газет и телепередач. Женщины более старшего возраста чаще слушают радио, чем молодые женщины. Средства массовой информации были более доступны жительницам г.Алматы (63 процента) и менее доступны респондентам из Южного региона (24

процента). Наблюдается отчетливая связь доступности средств массовой информации с уровнем образования респондентов: чем выше уровень образования женщин, тем чаще женщины смотрят телевизор, читают газеты и слушают радио. Русские женщины по сравнению с казашками чаще пользуются всеми тремя средствами массовой информации.

2.3.5 Характер труда респондентов

Репродуктивное здоровье женщин во многом определяется экономическим положением, основой которого является занятость. Кризис экономики в Казахстане характеризуется спадом производства, остановкой большинства предприятий и ростом безработицы среди населения, особенно женщин. В таблице 2.15 представлена информация о характере труда обследованных женщин в зависимости от возраста, местожительства, региона, уровня образования и этнической принадлежности.

Таблица 2.15 Трудовая занятость

Процентное распределение женщин по трудовой занятости и распределение работающих женщин по продолжительности трудовой деятельности в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	В настоящее время не работают		В настоящее время работают					Количество женщин
	Не работала последние 12 месяцев	Работала последние 12 месяцев	Весь год: 5 + дней в неделю	Весь год: <5 дней в неделю	Посезонно	Эпизодически	Всего	
Возраст								
15-19	75.6	6.9	8.4	2.6	4.7	1.7	100.0	669
20-24	53.2	6.1	30.6	4.2	3.7	2.1	100.0	567
25-29	46.7	5.5	37.5	5.9	3.5	0.9	100.0	521
30-34	33.1	6.2	43.3	11.9	4.1	1.4	100.0	557
35-39	25.8	4.1	55.5	9.1	4.3	1.2	100.0	564
40-44	15.0	6.8	60.6	11.2	4.9	1.4	100.0	537
45-49	16.7	8.5	60.5	12.3	1.7	0.3	100.0	355
Местожительство								
Город	34.5	6.1	45.5	10.5	1.7	1.8	100.0	2,133
Село	47.9	6.4	33.6	4.3	7.0	0.8	100.0	1,638
Регионы								
г. Алматы	30.1	8.0	46.7	8.9	3.9	2.4	100.0	271
Южный	51.0	5.2	31.6	5.7	6.2	0.2	100.0	1,206
Западный	40.5	6.0	44.7	6.3	1.7	0.8	100.0	477
Центральный	40.9	6.5	40.7	8.2	2.7	1.0	100.0	358
Северо-Восточный	33.2	6.7	44.8	9.7	3.2	2.4	100.0	1,458
Образование								
Начальное/среднее	52.0	5.7	27.6	6.4	7.0	1.3	100.0	1,380
Средне-специальное	35.0	7.1	43.9	9.8	2.8	1.4	100.0	1,721
Высшее	29.9	5.2	57.3	5.5	0.8	1.3	100.0	670
Национальность								
Казашки	47.1	5.4	37.3	5.3	4.0	0.8	100.0	1,696
Русские	32.7	6.9	45.2	11.2	2.2	1.8	100.0	1,309
Другие	38.4	6.8	38.5	7.4	7.0	1.9	100.0	766
Всего	40.3	6.2	40.3	7.8	4.0	1.4	100.0	3,771

В целом по Казахстану 47 процентов женщин в настоящее время не работают, и 40 процентов не работали в течение последних 12 месяцев. Безработица широко распространена среди молодых женщин, проживающих в сельской местности, в Южном, Западном и Центральном регионах, среди женщин с низким уровнем образования и среди лиц казахской национальности. Почти одна пятая часть работающих женщин заняты менее 5 дней в неделю, 5 процентов женщин выполняют сезонные или случайные работы.

2.3.6 Работодатель и форма оплаты труда

В таблице 2.16 показано процентное распределение работающих женщин по месту работы в зависимости от социально-биологических факторов. Восемьдесят три процента работающих женщин заняты на государственных предприятиях. Около 11 процентов женщин работают на

Таблица 2.16 Работодатель

Процентное распределение работающих женщин по типу работодателя в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Работодатель					
	Государственное предприятие	Семейный, собственный бизнес	Частная фирма	Индивидуальная трудовая деятельность	Всего	Количество
Возраст						
15-19	69.6	7.7	4 6	18.0	100.0	117
20-24	75.3	3.2	8 0	13.5	100.0	231
25-29	82.0	2.5	6.8	8.7	100.0	250
30-34	81.2	4.0	6.0	8.9	100.0	338
35-39	80.0	3.1	8.1	8.9	100.0	395
40-44	90.4	1.0	5.3	3.3	100.0	420
45-49	88.2	2.5	6.4	2.9	100.0	265
Местожительство						
Город	77.1	2.9	10.0	10.0	100.0	1,268
Село	91.7	3.0	0.7	4.5	100.0	748
Регионы						
г. Алматы	64.8	3.7	20.2	11.3	100.0	168
Южный	84.6	5.5	2.7	7.3	100.0	528
Западный	89.6	1.5	3.4	5.5	100.0	255
Центральный	88.1	1.2	5.1	5.7	100.0	188
Северо-Восточный	81.5	2.0	7.5	8.9	100.0	877
Образование						
Начальное/среднее	82.1	4.0	3.6	10.4	100.0	585
Средне-специальное	82.3	2.6	7.5	7.7	100.0	996
Высшее	83.8	2.3	8.4	5.4	100.0	435
Национальность						
Казашки	87.7	2.6	3.3	6.3	100.0	805
Русские	79.2	2.7	10.0	8.1	100.0	791
Другие	78.9	3.9	6.4	10.8	100.0	420
Всего	82.5	2.9	6.6	8.0	100.0	2,016

Примечание: В категорию работающих на частной фирме вошли 9 женщин, которые сообщили, что не зарабатывают наличных денег

собственных предприятиях или предприятиях, принадлежащих родственникам. Этот показатель наиболее высок среди молодых женщин, женщин городской местности и г.Алматы. Женщины г.Алматы чаще работают в частных фирмах. Женщины-казашки чаще работают на государственных предприятиях, в то время как русские несколько чаще работают в частных фирмах.

2.3.7 Занятость

Аграрный сектор является важнейшим в экономике Казахстана. Однако всего 10 процентов работающих женщин заняты в сельском хозяйстве (таблица 2.17). Из них абсолютное большинство работают на государственной земле. Большинство женщин, занятых в сельском хозяйстве, проживают в Южном регионе, где они работают преимущественно на государственной земле или арендованном участке. В сельском хозяйстве в основном работают женщины с более низким уровнем образования.

Из 90 процентов респондентов, не занятых в сельском хозяйстве, почти половина работают в технических отраслях и управлении; 20 процентов - в торговле и сфере обслуживания; 21 процент женщин заняты ручным трудом. Уровень этих показателей различается в зависимости от возраста, местожительства, региона и этнической принадлежности. Значительные различия обусловлены также и уровнем образования: женщины с высшим образованием в основном заняты в технических и управленческих сферах, и очень редко в сферах, где преобладает ручной труд.

2.3.8 Принятие решения об использовании заработанных денег

При оценке социально-экономического положения женщин важное значение имеет её самостоятельность в принятии решения об использовании заработанных ею денег. Таблица 2.18 показывает, что респонденты почти в 45 процентах случаев принимают самостоятельное решение, в 42 - решают вместе с мужем или партнером, и в 9 процентах случаев принимают решение совместно с другими лицами. Лишь 2 процента респондентов заявили, что их мужья решают, как использовать заработанные женщиной деньги. Самостоятельность принятия решения по использованию заработанных денег несколько выражена в городах, особенно в г.Алматы, и у незамужних женщин.

2.3.9 Уход за ребенком во время работы матери

Определенные особенности образа жизни женщины обусловлены наличием в семье детей дошкольного возраста, так как уход за ними требует значительного времени и соответствующих условий. В тех случаях, когда забота по уходу за ребенком полностью лежит на матери, ее трудовые возможности ограничиваются.

Как видно из таблицы 2.19, в целом только одна четвертая часть респондентов имеют детей в возрасте до шести лет. Обращает внимание значительный удельный вес работающих женщин, имеющих детей до шести лет в сельской местности (32 процента), Южном регионе (30 процентов) и среди казашек (31 процент). Из них только 7 процентов респондентов сами ухаживают за детьми, в 7 процентах - отец или партнер, и 28 процентах - родственники.

Одна третья часть детей посещает детские дошкольные учреждения, несмотря на их массовое закрытие в последние годы. Доля таких детей была значительной в городской местности (47 процентов), Северо-Восточном регионе (43 процента) и среди русских женщин (48 процентов).

В тех случаях, когда уход за ребенком осуществляли старшие дети, девочек (10 процентов) оказалось больше, чем мальчиков (4 процента). Роль других лиц (соседи, няня) в уходе за ребенком была незначительной.

Таблица 2.17 Занятость

Процентное распределение работающих женщин по занятости и виду сельскохозяйственных работ или несельскохозяйственной
деятельности в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

	Сельскохозяйственная				Несельскохозяйственная						
Социально-биологические факторы	Собственная земля	Семейная земля	Арендованная земля	Государственная земля	Техническо/управленческая сфера	Торгово-обслуживающая сфера	Квалифицированный ручной труд	Неквалифицированный ручной труд	Другое/пропущено	Всего	Количество
Возраст											
15-19	0.0	1.0	3.3	11.6	25.8	34.6	10.7	12.6	0.4	100.0	117
20-24	0.0	0.0	2.0	5.5	47.1	22.7	9.6	12.8	0.2	100.0	231
25-29	0.0	0.0	3.2	5.0	55.0	20.3	8.1	8.4	0.0	100 0	250
30-34	1.1	0.0	0.8	7.5	52.2	20.3	9.2	8.8	0.0	100 0	338
35-39	0.4	0.1	1.4	8.9	45.0	19.1	11.3	13.7	0.0	100.0	395
40-44	0.0	0.0	0.4	11.1	49.9	18.5	9.8	10.3	0.0	100 0	420
45-49	0.2	0.0	0.4	6.7	52.6	14.9	11.4	13.9	0.0	100.0	265
Местожительство											
Город	0.2	0.0	0.2	0.3	53.0	23.5	13.1	9.6	0.0	100.0	1,268
Село	0.5	0.2	3.4	21.3	41.1	14.3	4.8	14.5	0.0	100.0	748
Регионы											
г. Алматы	0.3	0.3	0.3	0.3	51.4	28.6	10.5	8.1	0.3	100.0	168
Южный	1.0	0.2	5.0	12.1	49.3	15.4	6.7	10.4	0.0	100 0	528
Западный	0.2	0.0	0.2	4.9	50.8	15.7	12.2	16.0	0.0	100.0	255
Центральный	0.0	0.0	0.0	3.5	53.8	16.3	12.1	14.0	0.3	100.0	188
Северо-Восточный	0.0	0.0	0.0	9.2	45.9	23.3	10.9	10.7	0.0	100.0	877
Образование											
Начальное/среднее	1.0	0.2	3.2	16.4	20.2	22.6	12.5	23.9	0.0	100.0	585
Средне-специальное	0.0	0.0	0.9	6.6	50.3	22.2	11.4	8.5	0.1	100.0	996
Высшее	0.0	0.0	0.0	0.5	82.9	11.9	3.5	1.1	0.1	100.0	435
Национальность											
Казашки	0.1	0.1	1.5	9.6	55.8	14.3	7.0	11.5	0.2	100.0	805
Русские	0.0	0.0	0.2	3.8	49.5	21.6	13.5	11.4	0.0	100.0	791
Другие	1.3	0.1	3.4	13.4	33.1	28.5	9.3	11.0	0.0	100.0	420
Всего	0.3	0.1	1.4	8.1	48.6	20.1	10.0	11.4	0.0	100.0	2,016

Примечание: Техническо-управленческая сфера включает профессиональных, технических рабочих, служащих и ответственных работников

Таблица 2.18 Принятие решения об использовании заработанных денег

Процентное распределение женщин, зарабатывающих деньги, в зависимости от лица, принимающего решение об использовании этих денег, в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Лицо, которое решает, как использовать заработанные деньги: Только сама	Муж/ партнер	Вместе с мужем/ партнером	Кто-то другой	Вместе с другим	Всего	Количество
Возраст							
15-19	36.7	0.0	13.5	15.0	34.8	100.0	115
20-24	46.3	0.9	23.1	5.5	24.2	100.0	230
25-29	36.9	3.5	44.0	1.7	13.8	100.0	250
30-34	45.3	2.7	44.8	1.5	5.7	100.0	336
35-39	46.9	1.7	47.6	0.2	3.6	100.0	393
40-44	44.3	1.8	50.3	0.1	3.5	100.0	420
45-49	50.2	1.6	43.6	0.4	4.1	100.0	264
Местожительство							
Город	48.3	2.1	40.4	1.0	8.2	100.0	1,263
Село	38.4	1.6	44.6	3.8	11.6	100.0	744
Регионы							
г. Алматы	50.4	2.9	35.7	2.4	8.7	100.0	168
Южный	37.6	2.2	47.6	4.4	8.3	100.0	525
Западный	45.6	2.0	38.0	2.7	11.7	100.0	251
Центральный	50.1	1.1	40.6	0.5	7.7	100.0	186
Северо-Восточный	46.3	1.7	41.2	0.7	10.0	100.0	877
Образование							
Начальное/ среднее	42.0	1.8	39.1	3.6	13.5	100.0	580
Средне-специальное	48.3	2.1	42.3	1.3	6.0	100.0	992
Высшее	39.8	1.8	44.8	1.7	11.9	100.0	435
Национальность							
Казашки	43.2	2.1	42.5	2.6	9.7	100.0	799
Русские	45.5	1.5	44.5	1.0	7.4	100.0	789
Другие	45.7	2.4	36.1	3.0	12.8	100.0	420
Семейное положение							
Не замужем	67.2	0.0	0.3	4.8	27.8	100.0	592
Замужем	35.2	2.7	59.4	0.9	1.7	100.0	1,414
Всего	44.6	1.9	41.9	2.1	9.4	100.0	2,007

Таблица 2.19 Уход за ребенком во время работы матери

Процентное распределение работающих женщин и матерей имеющих детей младше 6- летнего возраста в зависимости от лица, ухаживающего за детьми во время отсутствия матери, в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

	Работающие		Лицо, ухаживающее за ребенком во время отсутствия матери												
Социально-биологические факторы	Детей до 6 лет не имеет	Имеет 1 или более детей до 6 лет	Рес пон дент	Муж/ парт-нер	Другой род-ствен-ник	Со-сед	Няня/ наем	Дет-сад	Дру-гая дево-чка	Дру-гой маль-чик	Ребе-нок живет в др. месте	Не рабо-тала с момен та родов	Др	Всего	Коли-чество работаю-щих матерей
Местожительство															
Город	80.8	19.2	4.7	8.2	22.7	1.9	1.1	46.8	4.6	2.7	1.2	5.9	0.2	100.0	1,268
Село	68.3	31.7	10.2	5.8	32.4	0.2	0.0	18.6	16.3	4.6	0.7	8.7	2.6	100.0	748
Образование															
Начальное/ среднее	75.4	24.6	13.6	6.9	25.0	1.6	0.0	24.5	15.4	5.9	0.0	5.8	1.3	100.0	585
Средне-спец	76.9	23.1	5.1	5.4	28.7	1.2	1.0	35.1	9.4	2.7	1.6	8.8	1.1	100.0	996
Высшее	75.6	24.4	4.0	10.8	28.3	0.0	0.4	39.3	5.7	2.5	0.8	6.0	2.3	100.0	435
Статус работы															
На члена семьи	74.5	25.5	0.0	13.0	36.8	0.0	0.0	14.3	22.5	7.5	5.9	0.0	0.0	100.0	59
На кого-то другого	87.9	12.1	0.0	13.4	21.4	0.0	2.8	56.2	0.0	3.5	2.8	0.0	0.0	100.0	132
На себя	66.7	33.3	21.2	10.1	32.6	0.0	0.0	26.4	2.5	0.8	0.0	6.4	0.0	100.0	160
Регионы															
г.Алматы	84.3	15.7	0.0	6.7	41.7	0.0	1.7	36.7	1.7	3.3	8.3	0.0	0.0	100.0	168
Южный	69.7	30.3	10.2	5.3	29.6	0.0	0.0	18.8	13.1	3.9	0.7	18.4	0.0	100.0	528
Западный	72.7	27.3	4.2	5.5	28.7	0.0	0.0	37.6	10.4	3.7	1.7	3.3	4.9	100.0	255
Центральный	75.4	24.6	8.3	10.7	28.7	0.9	0.0	31.7	11.3	3.3	0.0	2.1	3.1	100.0	188
Северо-Восточный	79.7	20.3	7.0	8.2	22.7	2.6	1.3	43.4	9.0	3.5	0.0	1.3	1.1	100.0	877
Национальность															
Казашки	69.2	30.8	4.9	7.7	28.7	0.2	1.1	26.1	11.2	4.1	1.5	12.0	2.5	100.0	805
Русские	81.0	19.0	6.2	6.9	21.5	3.0	0.0	48.0	7.9	3.1	0.3	2.7	0.4	100.0	791
Другие	80.4	19.6	17.1	5.3	34.8	0.0	0.0	25.4	12.3	3.2	0.5	1.4	0.0	100.0	420
Занятость															
Сельское хозяйство	65.5	34.5	13.7	7.0	31.6	0.0	0.0	5.3	25.7	4.5	1.6	9.9	0.6	100.0	199
Не сельское хозяйство	77.3	22.7	6.3	7.0	26.8	1.2	0.7	37.5	7.8	3.5	0.8	6.8	1.5	100.0	1,817
Статус служащего															
Весь год, полную неделю	77.0	23.0	4.9	6.4	27.9	1.4	0.1	36.0	10.2	3.0	0.9	7.6	1.5	100.0	1,520
Весь год, часть недели	77.1	22.9	6.8	13.3	21.4	0.0	3.4	31.4	10.7	6.6	0.7	5.1	0.7	100.0	294
Сезонно	67.7	32.3	12.6	4.1	34.8	0.0	0.0	17.1	12.5	5.0	1.8	10.3	1 8	100 0	150
Временно	72.4	27.6	53.6	3.1	22.4	0.0	0.0	16.1	4.8	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	521
Всего	76.2	23.8	7.4	7.0	27.5	1.0	0.6	32.9	10.4	3.6	0.9	7.3	1.4	100.0	2,016

Примечание: Общее число включает 1 женщину, у которой вид деятельности не указан. Из-за округления сумма может не составлять 100%.

1 Женщина работала в течение последних 12 месяцев, но не работала в то время, когда проводилось исследование, следовательно, критерии лиц, ухаживающих за ребенком, в данном случае не применимы.

ГЛАВА 3

РОЖДАЕМОСТЬ

Василий Н. Девятко, Кия И. Уайнстайн

Полная информация об истории беременности была собрана у каждой женщины, являвшейся респондентом ПМДК1995. Женщинам задавались вопросы обо всех беременностях в течение жизни, завершившихся рождением живых детей, абортами (включая и мини-аборты), выкидышами, мертворождением. Точное количество детей, родившихся живыми, выяснялось путем опроса женщины о количестве сыновей и дочерей, проживающих или не проживающих с респондентом, и количестве детей, впоследствии умерших. Во избежание пропуска беременности, в случае интервала между беременностями в 4 и более лет, респонденту задавались дополнительные вопросы о беременностях, возможно пропущенных в течение этого интервала.

Информация по истории беременности собиралась в обратном хронологическом порядке: от самой последней - до самой первой беременности. По каждой беременности были записаны ее исход (рождение живого ребенка, аборт, выкидыш, мертворождение) и дата завершения беременности (месяц и год). В случае рождения живого ребенка были записаны его пол, статус выживания, возраст (для живых детей), возраст при смерти (для умерших).

В настоящей главе представлены сведения о всех детях, родившихся живыми. Поскольку национальность является важным фактором при характеристике рождаемости в Казахстане, то данные по рождаемости представлены как отдельно для лиц казахской и русской национальности, так и для республики в целом.

3.1 Текущая рождаемость

В таблице 3.1. представлена информация о повозрастных коэффициентах рождаемости за трехлетний период, предшествовавший ПМДК (с середины 1992 до середины 1995 года)[1]. Коэффициенты рассчитаны на 1000 женщин. Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) представляет собой сумму повозрастных коэффициентов и характеризует текущий уровень рождаемости. СКР интерпретируется как общее количество детей, которые женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы она сохранила данный повозрастной коэффициент рождаемости на протяжении всего репродуктивного периода. В таблице 3.1 также представлены два других обобщающих коэффициента: общий коэффициент рождаемости (ОКР) и число родившихся (ЧР). ОКР представляет собой коэффициент, отражающий количество родов, рассчитанное на 1000 женщин репродуктивного возраста 15-44 лет. ЧР характеризует ежегодное количество родов, рассчитанное на 1000 человек общего населения. Два последних коэффициента

---

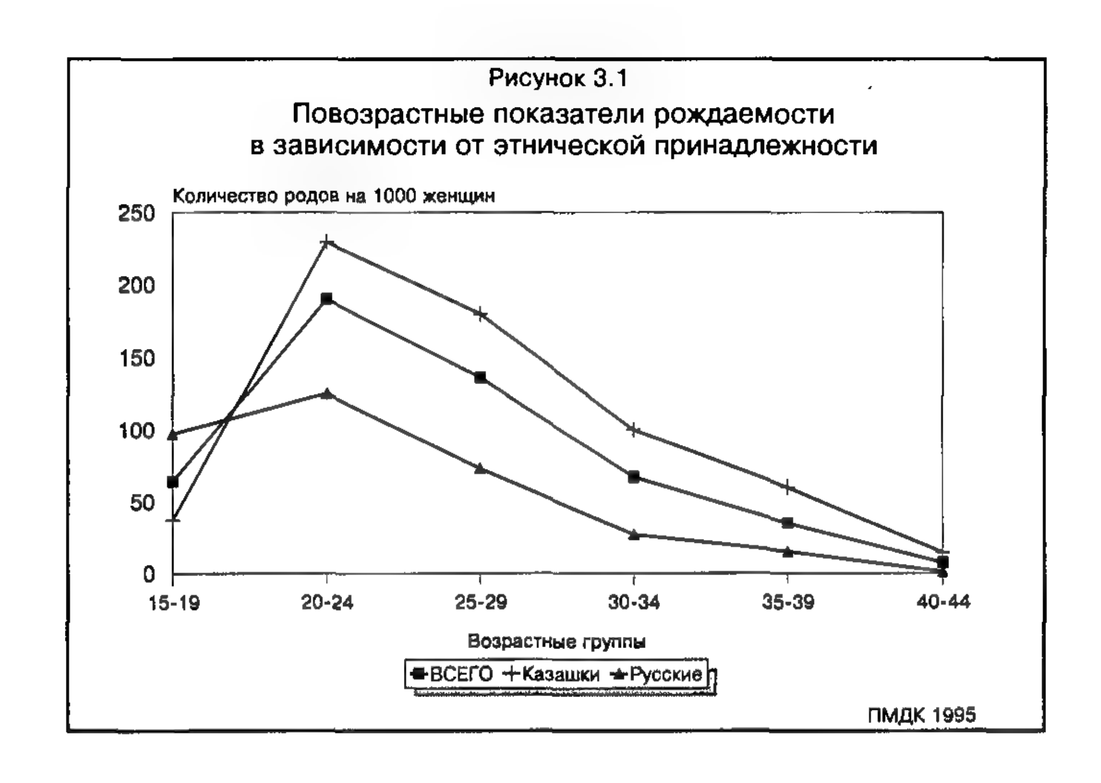
[1]Числители повозрастных коэффициентов рождаемости рассчитываются путем суммирования количества родов, имевших место в течение 1-36 месяцев, предшествовавших ПМДК (определяется по дате проведения интервью и дате рождения ребенка), и распределяются по пятилетним возрастным группам матерей ко времени родов (определяется по дате рождения матери). Знаменатели коэффициентов представляют собой количество женщина-лет в каждой пятилетней возрастной группе в течение 1-36 месяцев, предшествовавших ПМДК.

Таблица 3.1 Текущая рождаемость

Повозрастной и суммарный коэффициенты рождаемости (СКР) и число родившихся (ЧР) в течение 3-х лет, предшествовавших исследованию в зависимости от местожительства и этнической принадлежности, Казахстан 1995

Возрастные группы	Местожительство		Этническая принадлежность			
	Город	Село	Казашки	Русские	Другие	Всего
15-19	51	78	37	97	79	64
20-24	145	235	229	125	174	190
25-29	132	140	180	73	131	136
30-34	46	92	100	27	55	67
35-39	22	56	60	15	26	35
40-44	4	11	14	1	5	7
45-49	0	0	0	0	(0)	0
СКР 15-49	2.00	3.06	3.11	1.69	(2.35)	2.49
СКР 15-44	2.00	3.06	3.11	1.69	2.35	2.49
ОКР	62	109	109	52	76	83
ЧР	15	24	-	-	-	19

Примечание: Коэффициенты вычислены для периода 1-36 месяцев, предшествовавших исследованию. Коэффициенты для возрастной группы женщин 45-49 лет могут несколько отличаться из-за округления. Коэффициенты в скобках указывают, что одни или более составляющих повозрастных коэффициентов основаны на менее чем 250 женщина-лет.
СКР: Суммарный коэффициент рождаемости на одну женщину.
ОКР: Общий коэффициент рождаемости (количество рождений, деленное на количество женщин 15-44 лет) рассчитанный на 1000 женщин.
ЧР: Число родившихся, рассчитанное на 1000 населения



вычисляются на основе данных, полученных из истории беременности в зависимости от половозрастного распределения членов домовладения в течение трехлетнего периода, предшествовавшего ПМДК.

Повозрастные коэффициенты рождаемости среди женщин городской местности ниже, чем сельских, в результате чего суммарный коэффициент рождаемости среди городских женщин на одного ребенка меньше, чем среди сельских женщин. Если бы уровень текущей рождаемости оставался неизменным, то в Казахстане женщина могла бы родить в среднем 2.5 ребенка; причем городские женщины - 2.0, сельские - 3.1 ребенка. Наивысшая рождаемость как среди городских, так и сельских женщин наблюдается в возрастной группе 20-24 года.

Пик детородного возраста в 20-24 года характерен как для казашек, так и для русских (см. Рис. 3.1). Тем не менее СКР среди женщин-казашек выше (3.1 ребенка на женщину), чем среди русских женщин (1.7 ребенка на женщину). Выявлено, что родов среди респондентов в возрастной группе 45-49 лет за трехлетний период, предшествовавший ПМДК, не было.

В таблице 3.2. и рисунке 3.2 показаны СКР за трехлетний период, предшествовавший ПМДК в зависимости от социально-биологических факторов. Выявлено, что региональные различия в уровнях рождаемости были существенными, при этом количественная вариабельность составляла до двух детей. Самый низкий был характерен для г.Алматы (1.5 ребенка на женщину) и Северо-Востока (1.8 ребенка на женщину), промежуточный - для Западного и Центрального регионов (по 2.7 ребенка на женщину) и наивысший - для Юга республики (3.4 ребенка на женщину).

Для женщин Казахстана прослеживаются те же особенности рождаемости, которые характерны и для многих других стран: снижение рождаемости с ростом уровня образования. СКР снижается от 2.9 ребенка на женщину среди респондентов с начальным/средним уровнем образования до 2.4 со средне-специальным образованием, затем снижается до 2-х среди женщин с высшим образованием.

Тенденции рождаемости могут быть интерпретированы путем сравнения СКР (критерия текущей рождаемости) со средним количеством когда-либо родившихся детей (КРД) у женщин в возрасте 40-49 лет (критерий завершенной рождаемости). Если бы в течение трех и более десятилетий, предшествовавших ПМДК, не произошло изменений в уровнях рождаемости, то СКР и КРД были бы приблизительно одинаковыми. Тот факт, что СКР (2.5 ребенка на женщину) ниже, чем КРД (3.1) указывает на то, что рождаемость в Казахстане снизилась за последние три десятилетия. СКР ниже, чем КРД как среди городских, так и сельских женщин, а также в каждом регионе, во всех группах с различным уровнем образования и этнической принадлежностью.

В таблице 3.2. также представлен процент женщин, сообщивших о том, что они беременны. Так как при ранних сроках беременности не все женщины могут правильно указать на то, беременны они или нет, то этот процент может быть недооценен. Низкий процент беременных соразмерен с низкой рождаемостью. Как и в случае с СКР, прослеживаются те же закономерности данного показателя в зависимости от социально-биологических факторов. Исключением являются женщины с высшим уровнем образования: для них, несмотря на низкий уровень рождаемости, характерным является самый высокий процент беременности.

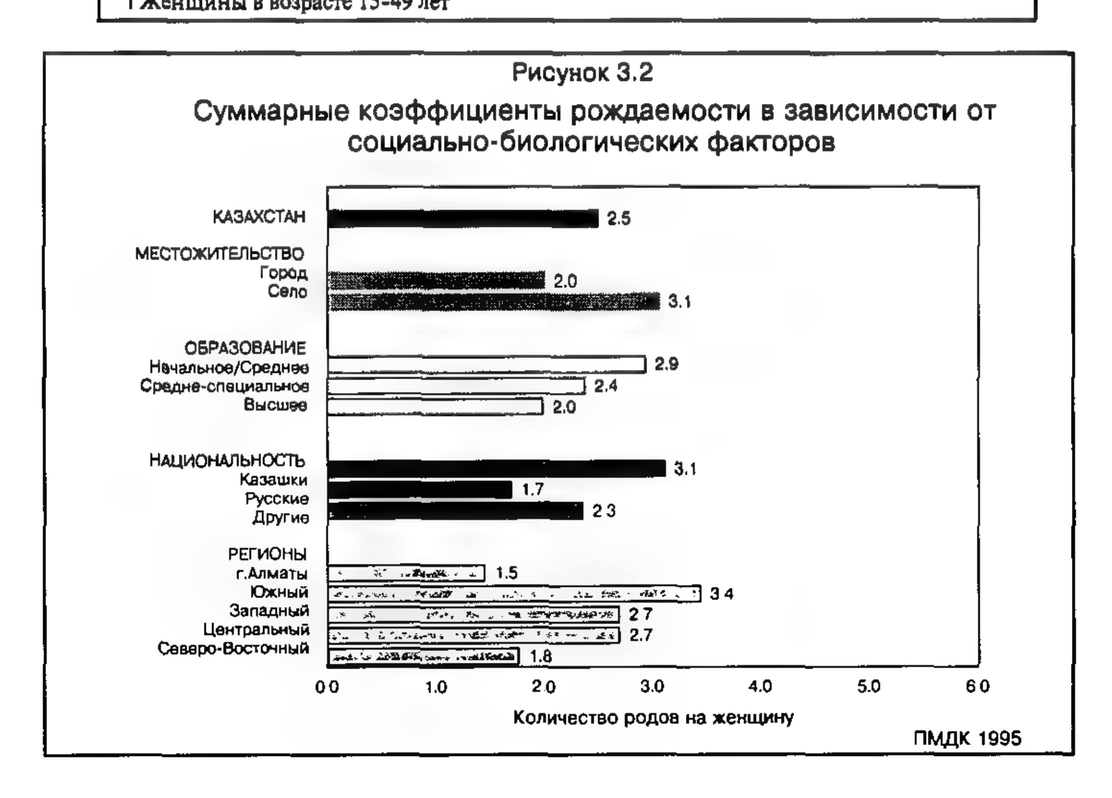
Таблица 3.2 Рождаемость в зависимости от социально-биологических факторов

Суммарный коэффициент рождаемости в течение 3-х лет, предшествовавших ПМДК, процент беременных и среднее количество родившихся детей у женщин в возрасте 40-49 лет в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Суммарный коэффициент рождаемости[1]	Процент беременных[1]	Среднее количество детей, родившихся у женщин 40-49 лет
Местожительство			
Город	2.00	2.21	2.46
Село	3.06	5.81	4.36
Регион			
г.Алматы	(1.45)	1.46	1.94
Южный	(3.44)	5.47	4.27
Западный	(2.69)	4.40	3.42
Центральный	(2.69)	3.24	3.17
Северо-Восточный	(1.76)	2.73	2.54
Образование			
Начальное/среднее	2.93	3.69	4.09
Средне-специальное	2.38	3.75	2.77
Высшее	(1.99)	4.01	2.21
Национальность			
Казашки	3.11	4.82	4.21
Русские	1.69	2.42	2.25
Другие	(2.35)	3.77	2.95
Всего	2.49	3.77	3.11

Примечание: Коэффициенты в скобках указывают, что одна или более составляющих повозрастных коэффициентов основаны на менее 250 женщина-лет

[1] Женщины в возрасте 15-49 лет



3.2 Тенденции рождаемости

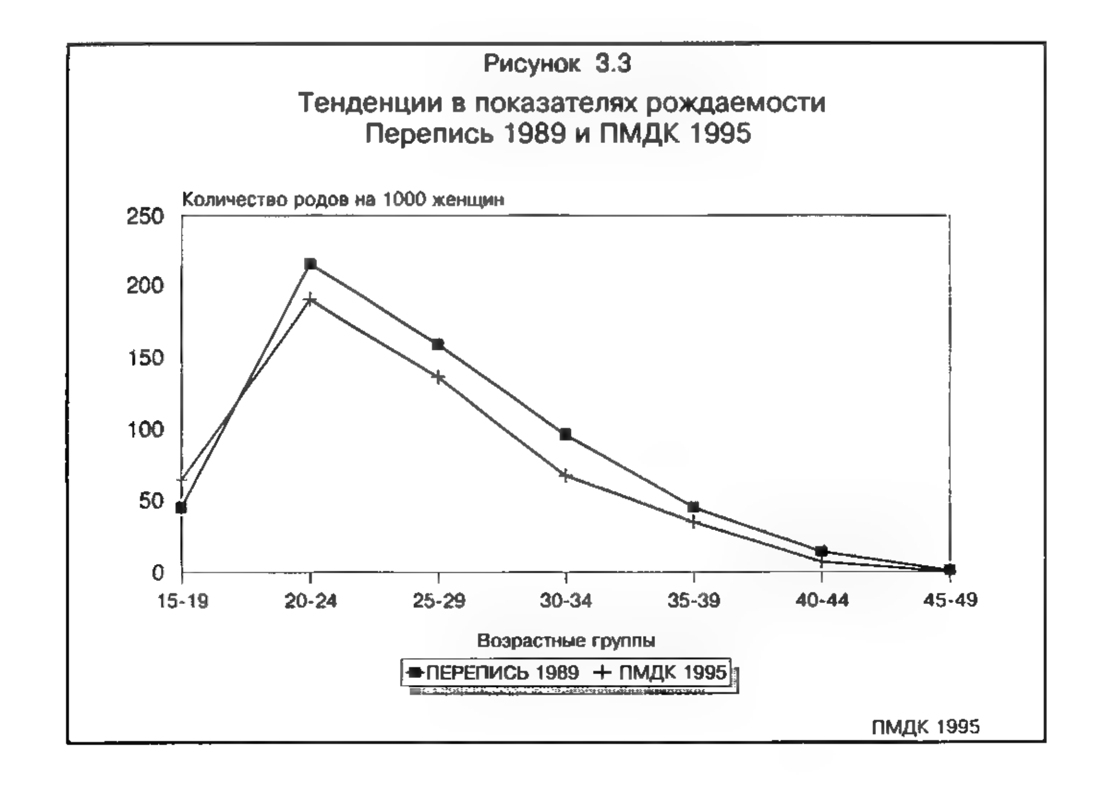
Непосредственным способом оценки тенденций рождаемости является анализ изменений повозрастных коэффициентов рождаемости за определенный промежуток времени. В таблице 3.3 представлены сравнительные данные повозрастных коэффициентов рождаемости (ПВКР) по результатам ПМДК (которые были показаны в табл. 3.1) и по данным Переписи населения 1989 года.

Таблица 3.3 Тенденции рождаемости

Повозрастной и суммарный коэффициенты рождаемости по данным Переписи 1989 года и ПМДК 1995

	Казашки		Русские		Всего 1	
Возраст женщин	Перепись 1989	ПМДК 1995	Перепись 1989	ПМДК 1995	Перепись 1989	ПМДК 1995
15-19	31	37	59	97	45	64
20-24	232	229	182	125	215	190
25-29	208	180	110	73	159	136
30-34	140	100	63	27	96	67
35-39	76	60	27	15	45	35
40-44	27	14	7	1	14	7
45-49	3	0	0	0	1	0
СКР						
15-49	3.58	3.11	2.24	1.69	2.88	2.49

Примечание: Значения коэффициентов за 1 год - по данным Переписи, за 3 года - по ПМДК
1Включает казашек, русских и другие этнические группы



Результаты исследования свидетельствуют об очевидном снижении уровня рождаемости среди женщин всех возрастных групп, за исключением возрастной группы 15-19 лет, а также среди респондентов как казахской, так и русской национальностей. Результатом снижения ПВКР явилось общее снижение СКР от 3.6 до 3.1 среди женщин-казашек и от 2.2 до 1.7 среди русских женщин. СКР в целом по Казахстану снизился с 2.9 до 2.5. На рисунке 3.3 отражено снижение ПВКР в целом по республике.

Фактическое снижение уровня рождаемости в последние годы также подтверждается изменениями ПВКР по данным ПМДК. В таблице 3.4 представлены повозрастные коэффициенты рождаемости за пятилетние периоды, предшествовавшие ПМДК, на основе данных из историй беременностей о детях, родившихся живыми[2]. Снижение рождаемости становится более выраженным с возрастом, что является индикатором возрастающей роли контроля рождаемости. Степень снижения рождаемости в периоды времени от 5-9 до 0-4 лет, предшествовавших ПМДК, неуклонно возрастает от 5 процентов снижения среди 20-24 летних женщин до 41 процента среди 35-39 летних. В группе респондентов 15-19 лет отмечено фактическое возрастание рождаемости.

Таблица 3.4 Тенденции повозрастных коэффициентов рождаемости

Повозрастные коэффициенты рождаемости за 5-ти летние периоды, предшествовавшие исследованию, в зависимости от возраста матери к моменту родов, Казахстан 1995

Возраст матери	Количество лет, предшествовавших ПМДК			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	65	45	40	38
20-24	202	212	197	226
25-29	141	173	178	180
30-34	74	97	123	[151]
35-39	33	56	[60]	-
40-44	7	[16]	-	-
45-49	[0]	-	-	-

Примечание: Повозрастные коэффициенты рождаемости рассчитаны на 1000 женщин.
Значения в скобках являются округленными

Таблица 3.5 Тенденции рождаемости в зависимости от продолжительности брака

Коэффициенты рождаемости среди замужних женщин в зависимости от продолжительности (годы)первого брака в течение 5-ти летних периодов, предшествовавших ПМДК, Казахстан 1995

Продолжительность брака к моменту рождения детей	Количество лет, предшествовавших ПМДК			
	0-4	5-9	10-14	15-19
0-4	312	320	313	336
5-9	113	156	160	179
10-14	59	86	102	142
15-19	20	52	94	*
20-24	7	35	*	-
25-29	3	*	-	-

Примечание: Коэффициенты рождаемости специфичные продолжительности брака рассчитаны на 1000 женщин.
* - означает, что коэффициент основан на менее чем 125 невзвешанных лет длительности, которые не учитывались

В таблице 3.5 представлены коэффициенты рождаемости для замужних женщин по продолжительности брака за пятилетние периоды, предшествовавшие ПМДК. Снижение рождаемости имеет место независимо от продолжительности брака, однако, наиболее выраженное

---

[2]Округление связано с тем, что при расчете этих цифр были включены женщины в возрасте 50 лет и старше, которые фактически не были проинтервьюированы. Например, коэффициенты не могли быть рассчитаны для женщин 40-44 лет за 10-14 летний период времени, предшествовавший ПМДК, так как женщинам, возраст которых 10-14 лет назад составлял 40-44 года, на момент исследования было 50 лет и более, и поэтому они не были включены в исследование.

снижение наблюдалось среди женщин, находившихся в более продолжительном браке. Рождаемость в пределах первых нескольких лет брака, как правило, остается без изменений: это связано с тем, что падение рождаемости начинается среди женщин более старших возрастных групп, которые не хотят более рожать детей, но не среди тех молодых пар, которые откладывают рождение детей на более поздний срок. В таблице 3.5. представлены данные о критическом снижении рождаемости при продолжительности брака в пять и более лет, и это снижение неуклонно увеличивается с продолжительностью брака.

3.3 Сведения о родившихся и живых детях

В таблице 3.6 представлена информация о распределении всех респондентов и замужних женщин по количеству когда-либо родившихся детей. Пятьдесят шесть процентов респондентов 20-24 лет имеют одного и более детей. Большая часть женщин в возрасте 25 лет и старше имеют двух или более детей. Тридцать пять процентов респондентов 45-49 лет имеют четырех и более детей. Наибольшее различие в показателях среди замужних женщин и всей выборки (замужних и незамужних) имело место среди респондентов молодого возраста из-за большого количества незамужних молодых женщин с минимальным уровнем рождаемости. Различия в более старшем возрасте отражают общее снижение рождаемости по причине роста количества разведенных и вдов.

Таблица 3.6 Количество детей когда- либо родившихся и живых

Процентное распределение всех женщин и замужних женщин в возрасте 15-49 лет в зависимости от количества когда-либо родившихся детей (КРД) и в соответствии с 5-тилетними возрастными группами, Казахстан 1995

Возраст-ные группы	Количество детей											Все-го	К-во жен-щин	Сред-нее к-во КРД	Среднее к-во живущих детей
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
Все женщины															
15-19	93.2	6.1	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	669	0.07	0.07
20-24	44.2	37.9	14.5	2.9	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	567	0.78	0.75
25-29	17.1	28.7	37.3	11.6	4.4	0.5	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	521	1.60	1.52
30-34	7.4	18.2	41.1	18.3	8.6	4.8	1.1	0.4	0.0	0.0	0.0	100.0	557	2.23	2.14
35-39	6.8	13.2	36.1	18.2	12.6	6.5	4.0	2.1	0.4	0.1	0.0	100.0	564	2.65	2.50
40-44	5.0	9.9	37.8	18.4	9.4	9.5	4.6	2.6	1.7	0.4	0.7	100.0	537	2.96	2.79
45-49	4.6	12.5	32.2	16.2	9.5	5.8	7.1	5.1	4.1	0.4	2.5	100.0	355	3.35	3.07
Всего	28.8	18.0	27.3	11.6	6.1	3.7	2.1	1.2	0.7	0.1	0.3	100.0	3,771	1.82	1.71
Замужние женщины															
15-19	50.1	44.6	5.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	80	0.55	0.54
20-24	18.8	54.8	21.9	3.6	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	347	1.13	1.09
25-29	6.3	30.5	42.6	14.1	5.4	0.6	0.4	0.0	0.0	0.0	0 0	100.0	425	1 85	1.76
30-34	2.1	14.9	44.9	20.8	10.1	5.3	1 4	0.5	0.0	0.0	0 0	100.0	458	2.46	2 36
35-39	3.2	9.5	39.1	20.4	13.5	7.0	4.4	2.3	0.4	0.1	0.0	100.0	482	2.85	2.70
40-44	1 6	7.6	40.4	19.1	10.3	11.0	4.9	2.6	1.6	0 5	0.5	100 0	447	3 11	2.91
45-49	1.0	11.0	30.4	17.1	11.0	7.3	7.9	6.3	4 4	0.4	3.3	100.0	268	3 70	3.40
Всего	6.7	21.3	36.6	15.8	8.5	5.1	2 9	1.7	0.8	0.1	0 4	100.0	2,507	2.43	2.30

В данной таблице также отражено среднее количество когда-либо родившихся детей и среднее количество выживших детей в зависимости от пятилетней возрастной группы матери. В среднем, респонденты в свои двадцать и более лет имели 0,8 ребенка, в тридцать и более - 2 ребенка, в сорок и более лет - 3 ребенка.

Предварительный анализ статуса выживания детей может быть проведен путем сравнительной оценки среднего количества когда-либо родившихся и среднего количества выживших детей. Восемь процентов детей, родившихся от матерей возрастной группы 45-49 лет, оказались умершими к моменту исследования. Удельный вес выживших детей постепенно возрастает среди молодых женщин-респондентов, что может быть связано не только с кратковременным воздействием факторов риска, но и улучшением условий выживания. В целом удельный вес выживших детей среди всех родившихся составил 94 процента.

3.4 Межродовой интервал

Продолжительность межродового интервала является важным показателем деторождения. Исследования показали, что дети, родившиеся в более короткие сроки от предыдущих родов, особенно при межродовом интервале менее 24 месяцев, чаще подвержены риску заболеваний и ранней смертности. В таблице 3.7 представлено процентное распределение вторых и более родов в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от продолжительности межродового интервала. В целом одна третья часть (34 процента) родов (не включая первые роды) имела место в течение 24 месяцев от предыдущих родов. Средняя продолжительность межродового интервала составила 32 месяца или около 2.6 лет.

Продолжительность межродового интервала в регионах отражает уровень рождаемости в них. Так в регионах с высоким уровнем рождаемости наблюдается укорочение межродового интервала. В г. Алматы и Северо-Востоке с низким уровнем рождаемости межродовой интервал более продолжительный и в среднем составил 40 и 41 месяц, соответственно. На Западе и Центральном регионе республики, характеризующихся промежуточными уровнями рождаемости, средняя продолжительность межродового интервала составила 34 месяца. В Южном регионе самому высокому уровню рождаемости соответствует наиболее укороченный межродовой интервал, средняя продолжительность которого составила 27 месяцев; при этом, на Юге республики 39 процентов последних родов произошли в течение 24 месячного интервала от предыдущих родов.

Продолжительность межродового интервала была значительно длиннее у русских женщин (средняя продолжительность интервала составила 44 месяца) по сравнению с женщинами-казашками (средняя продолжительность интервала составила 28 месяцев). Тридцать девять процентов детей у женщин-казашек родились с межродовым интервалом в 24 месяца, тогда как у русских с таким же межродовым интервалом - 22 процента. Среди городских и сельских женщин были выявлены существенные различия в продолжительности межродового интервала. Так среди городских женщин в среднем межродовой интервал составил 39 месяцев, а сельских -29 месяцев.

Таблица 3.7 Межродовой интервал

Процентное распределение вторых и последующих родов в течение 5-ти летнего периода, предшествовавшего ПМДК от количества месяцев, прошедших от предыдущих родов и в соответствии с демографическими и социально-биологическими факторами, Казахстан 1995

Показатели	Количество месяцев со времени предыдущих родов					Всего	Медиана к-ва месяцев со времени предыдущих родов	К-во родов
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+			
Возраст матери								
15-19	*	*	*	*	*	100.0	*	4
20-29	23.0	23.6	27 9	13.0	12.5	100.0	24.8	414
30-39	11.5	11.6	19.6	15.5	41.7	100.0	40.6	391
40+	0.0	8.6	14.8	6.3	70.3	100.0	-	45
Паритет родов								
2-3	18 1	18.6	22.0	13.9	27.5	100.0	30.7	611
4-6	13.8	15.5	24.8	13.2	32.6	100.0	33.2	220
7+	(0.0)	(11.1)	(43.2)	(15.7)	(30.0)	100 0	(33.6)	22
Пол ребенка, родившегося при предшествоваавших родах								
Мальчик	17.6	18 2	22.2	13.3	28 7	100.0	31.0	447
Девочка	15.4	16.9	24.5	14 2	29.0	100.0	32.2	406
Статус выживания родившихся детей								
Живые	15.4	17.6	22.9	14 2	29.9	100.0	32 1	800
Умершие	33.1	17.6	29.4	6.8	13.1	100 0	23.9	53
Местожительство								
Город	12.4	13.3	23.1	12.6	38.7	100.0	38.6	322
Село	19.0	20.2	23.4	14.4	22.9	100.0	28.7	532
Регион								
г.Алматы	8.6	20.0	18.6	8 6	44.3	100.0	40.0	31
Южный	18.9	20.1	28 1	11.7	21.1	100.0	26.6	423
Западный	12.4	19.0	22.2	16.9	29.5	100.0	34 4	119
Центральный	15.1	17.3	20.3	12.2	35.1	100.0	33.9	79
Северо-Восточный	15.7	11.2	15.6	17.5	40.1	100.0	41.4	201
Образование								
Начальное/среднее	16.7	20.4	25.9	11.6	25.3	100.0	29.6	339
Средне-специальное	17.9	15.9	20.9	16.4	29.0	100.0	32.5	391
Высшее	11.8	15.2	23.8	10.9	38.3	100.0	34.6	123
Национальность								
Казашки	17.7	20.9	23.8	13.5	24.1	100.0	28.0	556
Русские	16.3	5.3	16.5	23.3	38.7	100.0	43.8	146
Другие	12.3	17.3	27.8	5.5	37.1	100.0	33 3	151
Всего	16.5	17 6	23.3	13.7	28.9	100.0	31.6	853

Примечание: Первые родившиеся исключены. Интервал при нескольких родах составляет количество месяцев, прошедших от предшествующей беременности, завершившейся рождением живого ребенка
Звездочка означает, что данные основаны на менее чем 25 случаях и поэтому были исключены.
Скобки указывают, что данные основаны на 25-29 невзвешанных случаях

3.5 Возраст при первых родах

Возраст женщин при первом деторождении является важным демографическим индикатором, который отражается как на здоровье матери, так и ребенка. Раннее деторождение в условиях, когда методы планирования семьи не находят широкого применения, как правило, сопряжено с многодетностью семей и быстрым ростом всего населения.

В таблице 3.8 отражено процентное распределение женщин в зависимости от возраста при первых родах и согласно возрасту респондента во время интервью. Возраст при первых родах среди женщин Казахстана имеет достаточно узкий возрастной интервал и не претерпевал значительных изменений на протяжении многих лет. Примерно одна треть женщин в возрастном интервале 20-24 года к своим 20 годам уже родили, по крайней мере, одного ребенка.

Таблица 3.8 Возраст при первых родах

Процентное распределение женщин 15-49 лет по их возрасту при первых родах согласно возрасту в настоящее время, Казахстан 1995

Настоящий возраст	Нерожавшие женщины	Возраст при первых родах						Всего	К-во женщин	Медиана возраста при первых родах
		< 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25+			
15-19	93.2	0.0	3.5	3.3	НП	НП	НП	100.0	669	a
20-24	44.2	0.0	6.5	22.8	18.0	8.5	НП	100.0	567	a
25-29	17.1	0.1	3.3	14.4	25.5	30.4	9.1	100.0	521	22.5
30-34	7.4	0.0	4.1	14.1	27.3	30.4	16.8	100.0	557	22.4
35-39	6.8	0.0	2.2	15.1	29.8	25.7	20.4	100.0	564	22.2
40-44	5.0	0.0	3.4	12.7	33.5	27.6	17.8	100.0	537	22.0
45-49	4.6	0.0	7.9	16.4	23.8	28.9	18.4	100.0	355	22.1

НП = данные неприменимы

a Пропущено по причине того, что менее 50 процентов женщин возрастной группы от X до X+4 имели роды к возрасту X.

В таблице 3.9 представлен средний возраст при первых родах для возрастной когорты старше 25 лет в зависимости от социально-биологических факторов. Для респондентов всех возрастных групп средний возраст при первых родах составил 22 года. Наибольшие различия обнаружены в зависимости от уровня образования; средний возраст увеличивается на два-три года с ростом уровня образования.

3.6 Беременность и материнство среди женщин 15-19 лет

Деторождению среди женщин 15-19 лет должно придаваться особое внимание, поскольку матери в этом юном возрасте, равно как и их дети, имеют высокий риск, связанный с проблемами социального и медицинского характера. Несмотря на множество исследований, посвященных данному вопросу, существуют определенные сложности в идентификации и понимании этих проблем. Известно, что дети юных матерей чаще подвержены высокому риску заболеваемости и смертности, чем дети, родившиеся от матерей в более старшем возрасте.

Таблица 3.9 Средний возраст при первых родах

Средний возраст при первых родах у женщин 25-49 лет в зависимости от их настоящего возраста и некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст 25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Возраст 25-49
Местожительство						
Город	22.3	22.7	22.4	22.6	22.5	22.4
Село	22.8	22.3	21.9	21.5	21.6	22.1
Регион						
г.Алматы	22.8	23.2	23.4	23.1	23.3	23.1
Южный	22.7	23.0	22.1	21.9	22.2	22.4
Западный	23.2	23.2	22.6	22.0	21.8	22.7
Центральный	23.1	22.4	22.7	22.1	22.0	22.4
Северо-Восточный	21.8	21.7	21.9	22.0	22.0	21.9
Образование						
Начальное/среднее	21.0	21.7	21.9	21.6	20.5	21.5
Средне-специальное	22.3	22.2	22.0	21.9	22.6	22.1
Высшее	24.0	23.8	23.4	23.9	24.6	23.9
Национальность						
Казашки	23.3	22.9	23.0	22.4	22.7	22.9
Русские	21.6	21.7	21.6	21.7	21.8	21.7
Другие	22.0	22.6	22.1	22.2	21.7	22.2
Всего	22..5	22.4	22.2	22.0	22.1	22.3

Примечание: Средние для когорты 15-19 и 20-24 года не были определены, поскольку половина женщин из их числа не имели родов.

В таблице 3.10 представлен процент женщин в возрасте 15-19 лет, впервые беременных или уже являющихся матерями. Ко времени проведения ПМДК 9 процентов женщин в возрасте 15-19 лет были либо впервые беременными, либо уже имели ребенка. Тем не менее процент женщин, ставших матерями неизменно возрастает с течением данного возрастного периода. Так одна четвертая часть (26 процентов) женщин в возрасте 19 лет имела детей.

Процент родивших женщин в возрасте 15-19 лет варьировал от 5 до 10 процентов во всех регионах Казахстана. Среди женщин 15-19 лет со средне-специальным уровнем образования отмечен наиболее высокий процент материнства (13 процентов). Процент родивших среди женщин русской национальности возрастом 15-19 лет был выше, чем среди женщин-казашек (12 против 7 процентов).

В таблице 3.11 показано, что 20 процентов женщин в возрасте 15-19 лет имеют одного ребенка и 3 процента - двоих детей. Процент женщин 15-19 лет, имеющих детей увеличивается с возрастом: от 3 процентов среди респондентов 17 лет до 22 процентов - 19 лет.

Таблица 3.10 Беременность и материнство среди женщин 15-19 лет

Процент женщин 15-19 лет, являющихся матерями или впервые беременными в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Процент женщин, которые		Процент родивших	Кол-во женщин
	Матерями	Впервые беременными		
Возраст				
15	0.0	0.0	0.0	144
16	0.0	0.0	0.0	136
17	3.3	1.7	5.0	140
18	10.4	5.1	15.5	125
19	22.5	3.3	25.8	123
Местожительство				
Город	7.1	1.0	8.1	356
Село	6.5	2.9	9.4	313
Регион				
г.Алматы	5.3	0.0	5.3	34
Южный	6.7	2.7	9.3	255
Западный	8.4	1.6	10.0	85
Центральный	7.9	0.7	8.6	65
Северо-Восточный	6.2	1.8	8.1	230
Образование				
Начальное/среднее	4.8	1.8	6.6	425
Средне-специальное	12.8	2.1	14.9	191
Высшее	(1.1)	(2.1)	(3.2)	53
Национальность				
Казашки	5.0	2.1	7.0	327
Русские	9.9	2.3	12.2	212
Другие	6.3	0.9	7.1	130
Всего	6.8	1.9	8.7	669

Примечание: скобки указывают на то, что цифры основаны на 25-49 невзвешанных случаях

Таблица 3.11 Дети, родившиеся от матерей 15-19 лет

Процентное распределение женщин 15-19 лет по количеству родившихся детей (КРД) в зависимости от возраста в годах, Казахстан 1995

Возраст	Количество родившихся детей			Всего	Среднее кол-во (КРД)	Кол-во женщин
	0	1	2+			
15	100.0	0.0	0.0	100.0	0.00	144
16	100.0	0.0	0.0	100.0	0.00	136
17	96.7	3.3	0.0	100.0	0.03	140
18	89.6	9.9	0.5	100.0	0.11	125
19	77.5	19.6	3.0	100.0	0.25	123
Всего	93.2	6.1	0.6	100.0	0.07	669

ГЛАВА 4

КОНТРАЦЕПЦИЯ

Нина А.Каюпова, Найля М.Карсыбекова, Хазина М.Бикташева

Первоочередная задача программ по планированию семьи состоит в защите прав сознательного родительства мужчин и женщин, - предоставлении семье права определять желаемое для нее число детей и обеспечение ее всеми средствами для достижения этой цели. Планирование семьи осуществляется через внутрисемейное регулирование деторождения путем контроля репродуктивных функций, связанных с зачатием, вынашиванием и сохранением плода, а также с предупреждением и прерыванием беременности. Планирование семьи помогает не только избежать нежелательные беременности, но также позволяет контролировать сроки деторождения. Супружеские пары контролируют сроки вступления в родительство, время прекращения деторождения, регулирование интервалов между рождениями детей, и, наконец, супружеские пары способны определять окончательные желаемые размеры семьи. Планирование семьи способствует укреплению здоровья матери и ребенка, что является фактором, способствующим снижению материнской, младенческой смертности и вторичного бесплодия. Эффективность планирования семьи зависит от информированности людей о методах контроля деторождения, от их доступности для реализации потребностей широкого круга потенциальных пользователей. Доступность и приемлемость методов, в свою очередь, зависят от качества и количества служб обеспечения, финансовых и технических ресурсов.

До 60-х годов на территории республик бывшего Советского Союза методы планирования семьи сводились преимущественно к использованию традиционных средств. Недостаточно развитая промышленная инфраструктура, низкий уровень технологии, слабая осведомленность в вопросах контрацепции, предубежденное отношение к методам планирования семьи привели к ограниченному использованию современных методов контрацепции. Вышеуказанные факторы, равно как и многие другие способствовали формированию отношения к индуцированным абортам как основному методу регулирования рождаемости. В последние годы деятельность Министерства здравоохранения направлена на ослабление доверия в индуцированный аборт как метод контроля рождаемости, проведение политики широкой пропаганды и обеспечение безопасными, эффективными и современными контрацептивными средствами (Foreit and McCombie, 1995). На всей территории республики: в большинстве областных и районных центрах, в крупных городах и селах при женских консультациях, родильных домах, многопрофильных поликлиниках были открыты кабинеты планирования семьи, где женщины могут получить квалифицированную консультацию о методах контрацепции и приобрести те или иные контрацептивные средства.

С переходом республики на путь становления рыночных отношений и в связи с общим спадом уровня жизни населения, среди людей получила распространение тенденция к осознанному ограничению размеров семьи. Статистические данные о количестве пользователей ВМС и противозачаточных таблеток, приобретенных в государственных учреждениях, которые регистрировались в Министерстве здравоохранения с 1988 года, свидетельствуют об увеличении использования контрацептивных средств за период с 1988 по 1993 годы на 48 процентов - от 20 до 29 процентов среди всех женщин в возрасте 15-49 лет (Church and Koutanev, 1995).

Спектр вопросов по планированию семьи, представленный в настоящей главе включает осведомленность о методах контрацепции, источники их обеспечения и опыт использования в прошлом и настоящем. Особое внимание обращается на причины неиспользования методов контрацепции, желание использовать в будущем, отношение супружеских пар к доступности методов планирования семьи через средства массовой информации. Эти данные могут послужить информационной базой для Министерства здравоохранения и планирующих организаций, для более оптимального определения потребностей в контрацептивных средствах и размещения ресурсов.

4.1 Осведомленность о методах контрацепции

Определение степени осведомленности и использования методов контрацепции являлось одной из основных задач в ПМДК. Информация об осведомленности респондентов собиралась путем их опроса о названиях методов и способов, используемых супружескими парами для предохранения от беременности. В случае если респондент затруднялся назвать тот или иной метод самостоятельно, интервьюер описывал конкретный метод и выяснял, осведомлен ли респондент об этом методе. По каждому известному для женщины методу выяснялись знания об источнике его приобретения. Эта информация являлась предпосылкой к последующим вопросам об их применении. Респондентов расспрашивали об использовании каждого из этих методов. Настоящее применение методов контрацепции определялось путем опроса об использовании какого-либо метода контрацепции в настоящее время, и в случае его применения уточнялся конкретный метод.

Различают современные и традиционные методы контрацепции. Современные методы включают противозачаточные таблетки, внутриматочные средства (ВМС), иньекции, и барьерные методы (диафрагма, губка, свеча, презерватив). Традиционные методы включают периодическое воздержание (календарный метод), прерванный половой акт, спринцевание.

Информация об осведомленности о методах контрацепции проинтервьюированных женщин представлена в таблице 4.1, отдельно для замужних женщин[1], сексуально активных незамужних женщин и женщин, никогда не имевших половых контактов. Осведомленность по меньшей мере об одном методе контрацепции является почти универсальной для всех категорий женщин (98 процентов). Осведомленность о методе контрацепции подразумевает осведомленность как о современном, так и традиционном методе; 98 и 75 процентов респондентов осведомлены по меньшей мере об одном современном и одном традиционном методах. Женщины в среднем осведомлены о 5 методах контрацепции. Среднее количество известных методов зависело от семейного положения женщины; в среднем замужние женщины осведомлены о 5.8 методе, тогда как незамужние, сексуально активные - о 6.7 методе, и женщины, никогда не имевшие половых контактов, осведомлены в среднем - о 3.7 методе (71 процент женщин, никогда не имевшие половых контактов, были в возрасте 15-19 лет).

Наиболее известным из современнных методов контрацепции является ВМС (известный 96 процентам женщин из всех респондентов). Презерватив и таблетки являются следующими по популярности методами контрацепции, известными 88 и 79 процентам респондентам соответственно. Наименее популярные современные методы контрацепции остаются все еще известными значительной части женщин; 59 процентов респондентов

[1] В группу замужних женщин включены женщины, состоявшие как в официальном (гражданский или религиозный), так и в неофициальном (проживают совместно) браке.

Таблица 4.1 Осведомленность о методах контрацепции

Процент всех женщин, замужних женщин и сексуально активных незамужних, осведомленных о методах контрацепции в зависимости от конкретных методов, Казахстан 1995

Метод контрацепции	Все женщины	Замужние женщины	Сексуально активные незамужние женщины	Никогда не имевшие половых контактов
Любой метод	97.6	99.3	99.2	91.7
Любой современный метод	97.6	99.3	99.2	91.7
Таблетки	78.8	81.8	97.2	62.7
ВМС	95.9	99.0	98.8	84.8
Инъекции	33.3	35.2	54.0	21.9
Диафрагма/губка/свеча	43.2	48.7	63.4	19.4
Презерватив	87.6	89.2	99.2	78.8
Женская стерилизация	59.2	64.5	68.3	36.2
Любой традиционный метод	75.2	82.8	93.8	42.8
Календарный метод	68.3	75.1	87.5	37.8
Прерванный акт	55.3	61.3	81.2	25.8
Спринцевание	18.8	22.0	15.0	6.0
Другое	3.3	3.4	6.3	1.2
Любой традиционный/ народный метод	75.3	82.8	93.8	42.9
Количество женщин	3,771	2,507	136	751
Среднее количество методов	5.4	5.8	6.7	3.7

осведомлены о женской стерилизации, хотя данный метод в республике проводится только по медицинским показаниям; 43 процента женщин осведомлены о барьерных методах, таких как диафрагма, губка, свеча; и 33 процента - об инъекционных гормональных препаратах. Из таблицы 4.1 видно, что сексуально активные незамужние женщины в целом больше информированы о современных методах контрацепции, чем замужние женщины. Знание ВМС, презервативов и таблеток является универсальным среди этой категории женщин (99, 99 и 97 процентов соответственно). Сексуально активные незамужние женщины также больше информированы о менее известных современных методах. В то время когда женщины, никогда не имевшие половых контактов, меньше осведомлены о методах контрацепции, чем замужние или сексуально активные женщины, более чем три четверти из них информированы о ВМС (85 процентов) и презервативах (79 процентов). Обсуждение вопросов планирования семьи в одинаковой степени важно как для женщин, никогда не имевших половых контактов, так и для сексуально активных респондентов, поскольку первые могут вступить в половые отношения в недалеком будущем.

Среди замужних и сексуально активных незамужних женщин периодическое воздержание и прерванный половой акт являются широко известными традиционными методами. Периодическое воздержание известно 75 процентам замужних женщин и 88 процентам сексуально активных незамужних женщин; прерванный половой акт известен 61 и 81 процентам соответственно. Традиционные методы обычно неизвестны женщинам, никогда не имевшим половых контактов (38 процентов слышали о периодическом воздержании и 26 процентов - о

прерванном половом акте). Спринцевание известно 22 процентам замужних женщин и 15 процентам сексуально активных незамужних женщин. Традиционные методы, упомянутые респондентами, включали применение трав, долек лимона, аспирина, йода, уксуса, вина и других.

В таблице 4.2 представлен процент замужних женщин, осведомленных по меньшей мере об одном методе контрацепции (современный или традиционный), и процент тех респондентов, которые осведомлены по меньшей мере об одном современном методе в зависимости от социально-биологических факторов. Фактически каждая замужняя женщина осведомлена по меньшей мере об одном современном методе контрацепции. Этот уровень знаний был характерен для всех женщин, независимо от возраста, региона, уровня образования и национальности.

Таблица 4.2 Осведомленность о методах контрацепции в зависимости от социально-биологических факторов

Процент замужних женщин, осведомленных по крайней мере об одном из методов и по крайней мере об одном из современных методов в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Оседомленность о методах контрацепции: Осведомлены о любом методе	Осведомлены о современном методе	К-во женщин
Возраст			
15-19	95.8	95.8	80
20-24	99.7	99.6	347
25-29	99.6	99.6	425
30-34	99.8	99.8	458
35-39	99.1	99.1	482
40-44	99.1	99.1	447
45-49	99.0	99.0	268
Местожительство			
Город	99.6	99.6	1,398
Село	98.9	98.9	1,109
Регион			
г.Алматы	100.0	100.0	164
Южный	98.4	98.4	811
Западный	99.4	99.4	298
Центральный	99.5	99.3	235
Северо-Восточный	99.8	99.8	1,000
Образование			
Начальное/среднее	98.4	98.3	797
Средне-специальное	99.7	99.7	1,259
Высшее	99.7	99.7	450
Национальность			
Казашки	98.7	98.6	1,064
Русские	100.0	100.0	930
Другие	99.2	99.2	513
Всего	99.3	99.3	2,507

4.2 Использование методов контрацепции когда-либо в прошлом

Всем респондентам, которые слышали о методах планирования семьи, задавали вопросы об их применении (самой женщиной или партнером) в прошлом; о каждом из методов расспрашивали отдельно. Респондентам, сообщившим о неприменении методов контрацепции, дополнительно были заданы уточняющие вопросы для того, чтобы удостовериться в том, что женщина в самом деле не использует методы контрацепции. В таблице 4.3 представлены результаты для всех респондентов, замужних женщин по пятилетним возрастным группам а также сексуально активных незамужних женщин.

Таблица 4.3 Использование методов контрацепции в прошлом

Процент всех женщин, замужних женщин и сексуально активных незамужних женщин, применявших любой метод контрацепции, в зависимости от специфичности метода и возраста, Казахстан 1995

		Современный метод					Традиционный метод						
Возраст	Любой метод	Любой современный метод	Таблетки	ВМС	Презерватив	Другое[1]	Любой трад. метод	Календарный метод	Прерванный акт	Спринцевание	Другое	Любой трад. народный метод	К-во женщин
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ													
15-19	11.9	8.2	2.1	1.2	6.4	0.2	9.7	4.4	5.6	2.8	0.1	9.7	669
20-24	55.7	47.2	8.7	26.8	27.2	1.2	35.4	18.3	21.1	11.9	0.9	35.5	567
25-29	74.7	71.2	20.5	58.7	34.5	3.8	35.6	20.0	19.4	9.2	0.3	35.7	521
30-34	84.2	79.5	19.9	68.3	33.3	7.6	44.8	26.6	20.5	14.6	0.8	44.8	557
35-39	82.8	77.1	20.9	68.0	33.4	5.6	47.8	30.6	22.3	15.8	1.4	48.0	564
40-44	85.9	78.7	17.5	64.8	39.0	6.9	49.4	30.7	25.6	17.0	1.8	50 0	537
45-49	74.5	63.1	11.7	44.8	31.6	7.8	45.2	28.3	21.5	17.5	1.8	46.3	355
Всего	64.9	58.8	14.2	46.1	28.4	4.4	37.0	21.9	18.9	12.2	0.9	37.3	3,771
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ													
15-19	50.9	31.5	6.9	7.6	18.4	0.5	42.3	15.9	18.6	17.3	0.8	42.3	80
20-24	71.7	61.9	11.0	38.6	33.6	1.6	41.9	19.0	25.7	14.0	0.7	42.0	347
25-29	83 3	80.3	22.8	67.0	38.9	4.3	38.2	21.6	21.1	10.2	0.1	38.2	425
30-34	89.6	86.0	21.5	73.7	35.6	7.6	46.6	26.9	22.5	15.2	0.8	46.6	458
35-39	88.3	83.1	21.6	74.3	35.6	6.2	51.1	32.7	23.9	16.8	0.9	51.4	482
40-44	89 6	82.6	18.4	69.1	41.6	8.1	53.3	33.0	28.7	17.3	1.9	54.0	447
45-49	79.1	67.1	12.8	49.5	33.4	7.6	47.0	30.0	22.6	17.4	1.3	47.6	268
Всего	83.5	76.8	18.3	62.3	36.2	5.8	46.5	27.1	24.0	15.2	0.9	46.7	2,507
СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫЕ НЕЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ													
Всего	78.4	68.9	25.0	31.1	49.0	3.9	59.7	39.4	34.5	11.9	1.9	60.0	136

[1] Включает инъекции и диафрагмы.

В целом 84 процента замужних и 78 процентов сексуально активных незамужних женщин использовали методы контрацепции в течение определенного периода жизни. Шестьдесят пять процентов всех женщин в возрасте 15-49 лет когда-либо использовали тот или иной метод. Уровень использования методов контрацепции среди всех женщин был несколько ниже, чем среди замужних женщин, поскольку в первую группу входили и сексуально неактивные респонденты; наиболее значительные различия выявлены в группе женщин 15-19 лет. В то время как 51 процент замужних женщин в возрасте 15-19 лет использовали тот или иной метод контрацепции, лишь 12 процентов из всех женщин того же возраста сообщили об использовании метода; при этом только 20 процентов 15-19- летних женщин имели половые отношения.

К группе женщин с наиболее высокой вероятностью использования методов контрацепции, относятся замужние женщины в возрасте 25-44 лет и все женщины в возрасте 30-44 лет (83-90 процентов этих женщин использовали метод контрацепции). Высока вероятность того, что эти женщины использовали современные методы контрацепции в течение некоторого периода жизни.

Из всех современных методов большинство женщин использовали ВМС. В целом 46 процентов всех женщин репродуктивного возраста использовали ВМС в течение некоторого периода жизни. Три из четырех замужних женщин в возрасте 30 лет и старше, а также две из трех в возрасте 25-29 и 40-44 лет использовали ВМС. Презерватив является следующим по частоте использования средством контрацепции; приблизительно каждая третья замужняя женщина сообщила об использовании презерватива. Презервативы являются наиболее часто используемым методом среди сексуально активных незамужних женщин. Таблетки являются следующим по частоте использования средством контрацепции; приблизительно каждая из пяти замужних женщин использовала таблетки в течение некоторого периода жизни. Шестью процентами замужних женщин использовались и другие современные методы контрацепции (инъекции, диафрагма).

В то время как большинство женщин использовали современные методы контрацепции, многие женщины также применяли и традиционные методы. В целом почти половина всех замужних женщин использовали традиционные методы контрацепции (37 процентов всех женщин). Сексуально активные незамужние женщины использовали традиционный метод в 60-ти процентах случаев.

Периодическое воздержание и прерванный половой акт относятся к традиционным методам, часто используемым женщинами. Двадцать семь процентов замужних женщин придерживались периодического воздержания, и 24 процента - прерванного полового акта. Сексуально активные незамужние женщины использовали оба метода (39 процентов - периодическое воздержание и 35 процентов -прерванный половой акт). Пятнадцать процентов замужних женщин и 12 процентов сексуально активных незамужних женщин применяли спринцевание в качестве метода предохранения от беременности.

4.3 Использование методов контрацепции в настоящем

В таблице 4.4 представлены данные об уровнях использования методов контрацепции в настоящем среди всех женщин и замужних женщин по пятилетним возрастным группам, а также незамужних, ведущих активную половую жизнь. На рисунке 4.1 показано распределение замужних женщин в зависимости от использования ими методов контрацепции.

Каждая третья женщина репродуктивного возраста применяет современный метод контрацепции (34 процента); каждая десятая женщина использует традиционный метод (10 процентов). Почти каждая вторая замужняя женщина использует современный метод контрацепции (46 процентов) и тринадцать процентов применяют традиционный метод.[2]

---

[2] Представляет интерес сравнение статистических показателей распространения средств контрацепции, опубликованных Министерством здравоохранения с данными ПМДК. В Министерстве здравоохранения регистрируются данные о количестве пользователей ВМС и гормональными средствами контрацепции среди всех женщин репродуктивного возраста (то есть 15-49 лет). Нижеследующий сравнительный анализ проведен только по группам пользователей ВМС и гормональных контрацептивных средств. Показатели МЗ РК по использованию ВМС и гормональных средств контрацепции в 1993 году составили 27.8 и 1.4 на 100 женщин 15-49 лет (Church and Koutanev, 1995). Эти данные практически идентичны показателям ПМДК, составляющими 27.9 и 1.5 в 1995 (Таблица 4.4). Несмотря на двухлетнее различие в сроках регистрации этих данных, они довольно близки по значениям показателей, что подтверждает достоверность полученных сведений из обоих источников.

Таблица 4.4 Настоящее использование методов контрацепции

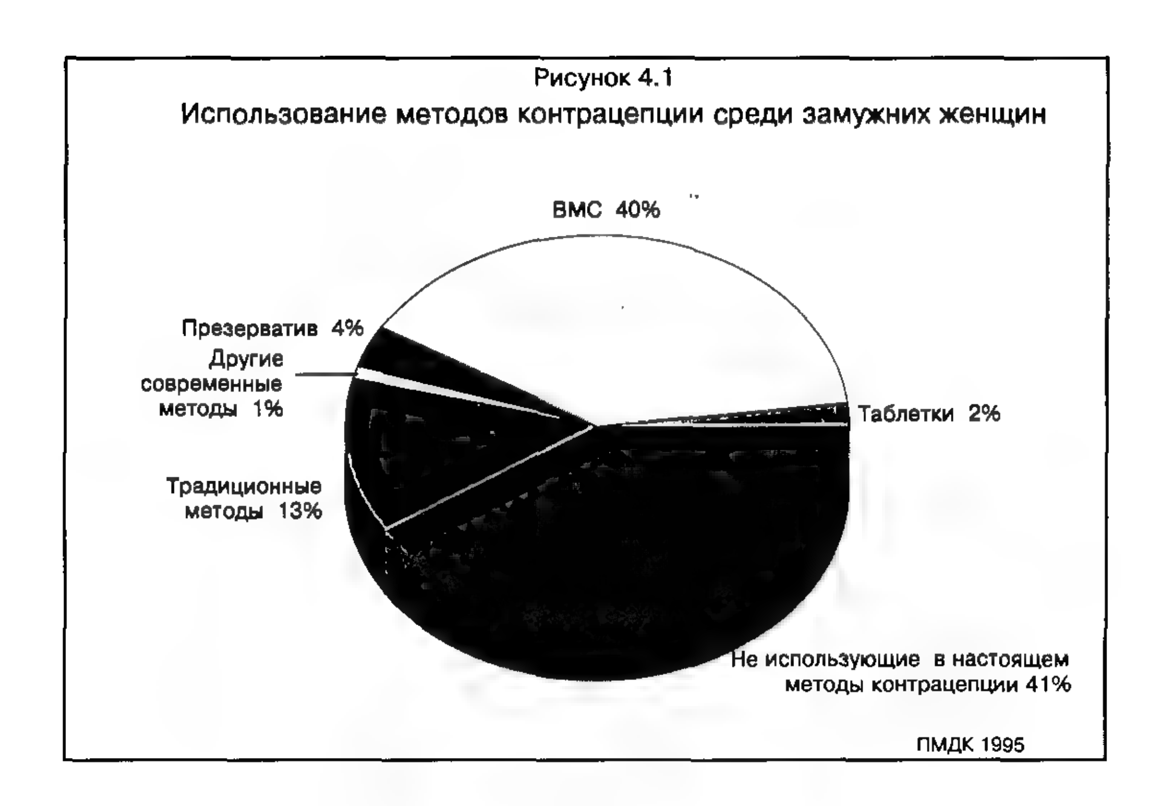
Процент всех женщин, замужних женщин и сексуально активных незамужних женщин, применяющих любой метод контрацепции в зависимости от специфичности метода и возраста, Казахстан 1995

Возраст	Современный метод						Традиционный метод						
	Любой метод	Любой современный метод	Таблетки	ВМС	Презерватив	Другое[1]	Любой трад. метод	Календарный метод	Прерванный акт	Спринцевание	Не используют	Всего	К-во женщин
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ													
15-19	7.1	4.7	0.8	1.0	2.8	0.0	2.4	0.4	1.0	1.0	92.9	100.0	669
20-24	35.1	25.0	2.0	18.0	4.8	0.3	10.1	4.9	2.6	2.6	64.9	100.0	567
25-29	53.3	44.5	2.5	38.1	3.0	1.0	8.8	3.7	3.1	2.0	46.7	100.0	521
30-34	64.9	53.7	1.5	47.5	3.3	1.4	11.2	6.1	3.0	2.1	35.1	100.0	557
35-39	61.8	48.4	1.7	41.7	4.6	0.5	13.3	8.8	2.1	2.4	38.2	100.0	564
40-44	54.8	40.9	1.4	35.3	2.5	1.7	14.0	7.6	3.3	3.1	45.2	100.0	537
45-49	28.5	19.6	0.0	16.0	2.6	1.0	8.7	4.7	0.3	3.7	71.5	100.0	355
Всего	43.3	33.6	1.5	27.9	3.4	0.8	9.6	5.0	2.3	2.3	56.7	100.0	3,771
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ													
15-19	31.5	14.4	6.1	6.5	1.8	0.0	17.1	3.2	6.2	7.7	68.5	100.0	80
20-24	47.0	34.1	2.5	27.2	4.1	0.3	12.9	5.2	3.8	4.0	53..0	100.0	347
25-29	61.0	51.0	2.3	44.1	3.4	1.2	10.0	4.2	3.4	2.4	39.0	100.0	425
30-34	71.7	60.6	1.1	54.0	3.9	1.5	11.1	5.5	3.5	2.1	28.3	100.0	458
35-39	69.5	54.6	1.9	47.4	4.9	0.5	14.9	9.6	2.5	2.8	30.5	100.0	482
40-44	63.3	47.0	1.7	40.4	2.8	2.0	16.4	8.7	4.0	3.8	36.7	100.0	447
45-49	32.6	21.7	0.0	18.1	3.3	0.3	10.7	5.4	0.4	4.9	67.4	100.0	268
Всего	59.1	46.1	1.8	39.6	3.7	1.0	13.0	6.5	3.2	3.3	40.9	100.0	2,507
СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫЕ НЕЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ													
Всего	57.9	39.1	5.0	13.7	19.3	1.1	18.8	14.0	4.5	0.3	42.1	100.0	136

Примечание. Цифры в сумме могут не составлять 100 по причине округления
[1] Включает инъекции, диафрагмы.

ВМС является наиболее часто применяемым методом контрацепции; две из трех замужних женщин, применяющих какой-либо метод контрацепции, используют ВМС. Анализ использования традиционных методов контрацепции показал, что они являются вторыми по значимости среди методов планирования семьи; одна из пяти замужних женщин, использующих какой-либо метод контрацепции, применяет либо периодическое воздержание, либо прерванный половой акт, либо спринцевание.

Уровень использования методов контрацепции среди сексуально активных незамужних женщин аналогичен уровню среди замужних женщин (58 процентов); однако первые из них чаще используют комбинацию методов, чем последние. Сексуально активные незамужние женщины меньше полагаются на ВМС и больше используют другие современные и традиционные методы контрацепции. Презерватив является наиболее часто применяемым средством (19 процентов). Сексуально активные незамужние женщины в равной степени



используют периодическое воздержание и ВМС (по 14 процентов). По пять процентов респондентов этой же группы используют противозачаточные таблетки и прерванный половой акт.

Применение методов контрацепции неуклонно возрастает с возрастом, достигая пика в группе женщин 30-34 лет (61 процент замужних женщин используют современный метод), а затем снижается. Использование традиционных методов остается на относительно стабильных уровнях во всех возрастных группах женщин. Безусловно, желание избежать беременности в значительной степени зависит от характера репродуктивной жизни респондентов; использование методов контрацепции в связи с возрастом и отношением женщин к рождению детей обсуждается в главе 7.

Уровни использования контрацептивных средств замужними женщинами в настоящее время в зависимости от социально-биологических факторов представлены в таблице 4.5 и рисунке 4.2. Возможно, одним из наиболее значительных сведений, отраженных в таблице 4.5, является то, что применение современных контрацептивных средств на национальном уровне, остается стабильным, независимо от различных социально-биологических факторов. Большинство различий в показателях применения контрацептивных средств связаны главным образом с различиями в использовании традиционных методов. К примеру, использование методов контрацепции городскими женщинами по сравнению с сельскими было несколько выше (62 и 56 процентов соответственно), имеющиеся различия были обусловлены более высоким уровнем использования традиционных методов планирования семьи среди городских женщин.

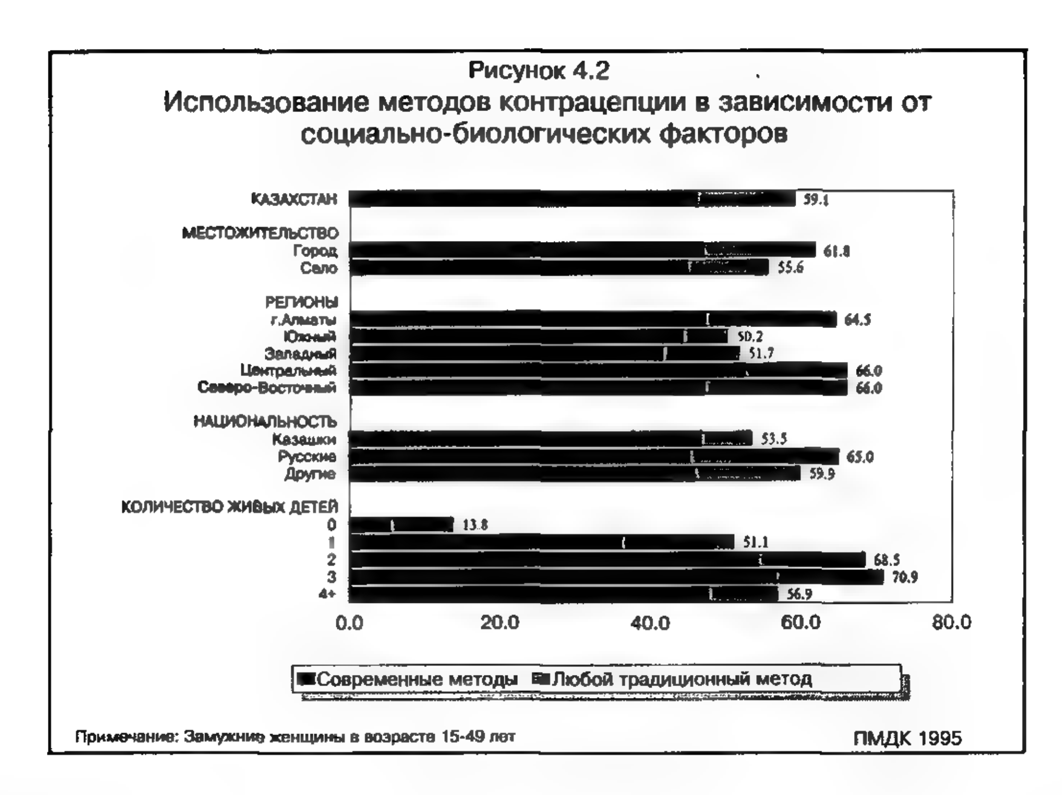
Таблица 4.5 Использование методов контрацепции в настоящем в зависимости от социально-биологических факторов

Процентное распределение замужних женщин, использующих методы контрацепции в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Любой метод	Современный метод: Любой современный метод	Таблетки	ВМС	Презерватив	Другое[1]	Традиционный метод: Любой трад. метод	Календарный метод	Прерванный акт	Спринцевание	Не используют	Всего	К-во женщин
Местожительство													
Город	61.9	47.0	2.3	39.2	4.4	1.0	14.8	7.9	2.1	4.8	38.1	100.0	1,398
Село	55.6	44.9	1.1	40.0	2.8	0.9	10.7	4.7	4.5	1.5	44.4	100.0	1,109
Регион													
г.Алматы	64.4	47.2	5.1	29.9	9.2	3.0	17.3	11.3	1.9	4.0	35.6	100.0	164
Южный	50.2	44.3	0.6	41.5	1.6	0.6	5.9	3.3	0.8	1.8	49.8	100.0	811
Западный	51.9	41.6	0.8	37.5	3.0	0.2	10.1	6.2	1.5	2.4	48.1	100.0	298
Центральный	66.2	52.5	1.5	44.8	4.6	1.5	13.5	5.3	2.7	5.5	33.8	100.0	235
Северо-Восточный	66.0	47.2	2.6	39.0	4.5	1.1	18.8	8.6	5.9	4.2	34.0	100.0	1,000
Образование													
Начальное/среднее	51.9	41.8	0.7	36.6	3.5	0.9	10.0	3.4	4.1	2.5	48.1	100.0	797
Средне-специальное	62.0	48.2	1.9	42.3	3.0	1.1	13.7	7.2	3.1	3.4	38.0	100.0	1,259
Высшее	64.0	47.6	3.4	37.2	6.2	0.8	16.3	9.9	1.8	4.7	36.0	100.0	450
Национальность													
Казашки	53.5	46.8	0.5	43.6	2.0	0.6	6.7	4.0	0.7	2.1	46.5	100.0	1,064
Русские	65.1	45.3	3.9	35.3	4.5	1.6	19.7	9.6	5.1	5.1	34.9	100.0	930
Другие	59.9	46.0	0.5	38.9	6.0	0.7	13.9	6.0	5.0	2.9	40.1	100.0	513
К-во живых детей													
0	13.8	5.5	1.8	1.4	2.1	0.2	8.3	4.5	0.6	3.2	86.2	100.0	181
1	51.1	36.2	2.9	29.3	3.5	0.6	14.9	6.9	4.0	4.0	48.9	100.0	562
2	68.6	54.4	1.8	46.9	4.4	1.3	14.1	7.6	3.2	3.3	31.4	100.0	938
3	71.0	56.8	0.7	50.4	4.9	0.9	14.1	7.1	3.9	3.1	29.0	100.0	396
4+	57.0	47.8	1.3	43.2	2.1	1.3	9.1	3.8	2.4	2.9	43.0	100.0	431
Всего	59.1	46.1	1.8	39.6	3.7	1.0	13.0	6.5	3.2	3.3	40.9	100.0	2,507

[1] Включает инъекции и диафрагмы.

Уровень применения методов контрацепции в регионах не изменялся в той степени, в какой следовало бы ожидать из анализа региональной рождаемости. Приблизительно одна из каждых двух женщин использует методы контрацепции в Южном и Западном регионах, тогда как одна из трех женщин - в Центральном, Северо-Восточном и г.Алматы. Женщины Южного и Западного регионов используют современные или традиционные методы контрацепции. Не выявлено четкой корреляционной связи между уровнем применения контрацептивных средств и рождаемостью в региональном разрезе. К примеру, в Западном регионе, с промежуточным уровнем рождаемости, выявлен относительно низкий уровень использования контрацептивных средств (одна из двух женщин применяет метод), тогда как в Центральном регионе, также с промежуточным уровнем рождаемости, отмечен высокий уровень контрацептивных средств (две из трех женщин используют контрацептивные средства). Для более полного понимания различий



в уровнях региональной рождаемости, следовало бы наряду с использованием методов контрацепции, учитывать такие факторы как возраст вступления в брак, практику грудного вскармливания, распространенность индуцированных абортов.

Среди женщин с начальным/средним уровнем образования наблюдается самый низкий уровень использования контрацептивных средств (52 процента) по сравнению с женщинами с более высоким образовательным уровнем; женщины со средне-специальным и высшим образованием использовали контрацептивные средства приблизительно в равной степени (62 и 64 процента). Приблизительно равное использование современных методов контрацепции было характерным как для женщин казахской, так и русской национальности (47 и 45 процентов соответственно). Но при этом русские женщины по сравнению с женщинами коренной национальности чаще используют традиционные методы (20 и 7 процентов соответственно), что в конечном итоге приводит к более высокому уровню использования методов контрацепции среди женщин русской национальности. Уровень использования методов контрацепции возрастает по мере увеличения количества детей, но снижается среди женщин с четырьмя и более детьми. Использование методов контрацепции среди замужних женщин, не имеющих детей, было достаточно низким (6 процентов применяют современные и 8 процентов традиционные методы контрацепции).

Различия в уровнях применения любых контрацептивных средств нивелируются по причине предпочтения ВМС всеми женщинами независимо от социально-биологических факторов, за исключением респондентов, не имеющих детей. Наиболее широкое использование комбинации любых контрацептивных средств наблюдается среди женщин г.Алматы. Несмотря на доминирующее использование женщинами ВМС (30 процентов), использование других современных методов в г. Алматы было также выше, чем в других регионах: презервативы (9 процентов), таблетки (5 процентов) и другие современные методы (3 процента). Несмотря на такую широкую комбинацию использования современных методов контрацепции, вторым по частоте применения методом среди женщин г.Алматы является периодическое воздержание (11 процентов), и эта же закономерность была характерна для республики в целом.

В ПМДК женщинам задавали ряд вопросов относительно использования гормональных таблеток. Респондентам, применявшим противозачаточные таблетки, также задавали вопросы об их официнальном наименовании, наличии упаковок дома и возможности показа их интервьюеру. Женщин, которые не имели возможности показать упаковку таблеток, просили сообщить о названии этих таблеток. В таблице 4.6 представлен процент женщин, использующих таблетки (и процент респондентов, принимавших таблетки строго по схеме не менее двух дней, предшествовавших интервью и имевших упаковку этих таблеток дома) в зависимости от социально-биологических факторов. В таблице 4.7 показано процентное распределение респондентов, использовавших противозачаточные таблетки в зависимости от их официнального наименования. В обеих таблицах представлены данные о всех респондентах, использовавших таблетки, независимо от семейного положения.

Таблица 4.6. Использование противозачаточных таблеток

Процент всех женщин, применяющих таблетки в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Процент применяющих таблетки	К-во женщин	Процент респондентов, показавших упаковку
Возраст			
15-19	0.8	669	57.1
20-24	2.0	567	84.3
25-29	2.5	521	73.7
30-34	1.5	557	78.5
35-39	1.7	564	74.5
40-44	1.4	537	38.3
45-49	0.0	355	-
Местожительство			
Город	2.0	2,133	79.5
Село	0.8	1,638	39.7
Регион			
г.Алматы	5.0	271	58.1
Южный	0.4	1,206	62.4
Западный	1.0	477	74.5
Центральный	1.1	358	54.4
Северо-Восточный	1.9	1,458	79.1
Образование			
Начальное/среднее	0.6	1,376	59.6
Средне-специальное	1.4	1,721	61.0
Высшее	3.3	670	84.2
Национальность			
Казашки	0.5	1,696	54.8
Русские	3.3	1,309	72.4
Другие	0.4	766	84.6
Всего	1.5	3,771	70.3

Таблица 4.7 Официнальное наименование противозачаточных таблеток

Процентное распределение респондентов, использующих таблетки в зависимости от их наименования, Казахстан 1995

Наименование таблеток	Всего
Диане-35	8.1
ЛО-феминал	1.6
Марвелон	2.4
Микрогинон	5.0
Нон-овлон	8.5
Овидон	7.0
Постинор	5.0
Ригевидон	8.7
Триквилар	21.0
Триквилар ЕД Fe	14.5
Антеовин	2.4
Не знает	15.8
Всего	100.0
Количество	55

Уровень использования был наибольшим среди женщин возрастной группы 25-29 лет (3 процента), проживавших в городской местности (2 процента), женщин, проживавших г.Алматы (5 процентов), женщин русской национальности и респондентов с высшим образованием (по 3 процента). Количество обследованных женщин, использовавших пероральные контрацептивы и показавших упаковки этих препаратов, составило 70 процентов, однако были выявлены различия в зависимости от социально-биологических факторов. Респондентов городской местности (80 процентов), показавших упаковку таблеток, было в два раза выше, чем сельских (40 процентов). Женщины с высшим уровнем образования (84 процента), а также женщины русской национальности (72 процента) более

охотно показывали упаковки таблеток, чем респонденты с начальным/средним уровнем образования (60 процентов) и женщины-казашки (55 процентов).

В таблице 4.7 представлены 11 наименований противозачаточных таблеток, применявшихся респондентами. В большинстве случаев респонденты принимали такие протизачаточные таблетки как Триквилар (36 процентов).

4.4 Количество детей при первом использовании методов контрацепции

Для выявления возможного мотивирующего фактора в использовании контрацептивных средств, женщинам задавали вопрос о количестве детей при первом их применении . Женщины, использующие контрацептивные средства до рождения детей, очевидно, желают продлить сроки их рождения на некоторый период времени в будущем. Женщины с одним и двумя детьми, впервые применяющие метод планирования семьи, желают отложить сроки рождения следующего ребенка, либо ограничиться рождением одного или двоих детей. Женщины, имеющие нескольких детей, впервые начинают применять контрацептивные средства, скорее всего с целью прекращения деторождения, а не продления сроков рождения последующих детей. В таблице 4.8 представлено процентное распределение замужних женщин в зависимости от количества детей к тому времени, когда они впервые начали применять методы контрацепции.

Таблица 4.8. Количество детей при первом использовании методов контрацепции

Процентное распределение замужних женщин по количеству детей при первом использовании методов контрацепции и среднее количество детей при первом использовании в зависимости от настоящего возраста, Казахстан 1995

Настоящий возраст	Никогда не применявшие контрацептивы	Количество живых детей при первом использовании методов контрацепции					Всего	К-во женщин	Среднее
		0	1	2	3	4+			
15-19	48.8	30.5	17.4	3.3	0.0	0.0	100.0	90	0.8
20-24	27.5	24.2	38.9	9.2	0.3	0.0	100.0	387	1.3
25-29	18.5	17.3	37.0	22.9	2.6	1.6	100.0	468	1.6
30-34	12.4	9.9	40.5	26.4	6.9	4.0	100.0	531	1.8
35-39	14.4	6.0	38.2	24.2	7.1	10.1	100.0	540	2.0
40-44	12.4	4.3	38.9	22.4	9.3	12.7	100.0	525	2.0
45-49	24.5	4.5	33.1	18.0	6.5	13.4	100.0	345	2.0
Всего	18.3	11.3	37.4	20.7	5.5	6.8	100.0	2,886	1.8

Использование методов контрацепции с целью предохранения от первой беременности является не совсем характерным явлением для Казахстана (11 процентов). Хотя неуклонное увеличение процента респондентов, не имеющих детей и впервые использующих методы контрацепции с уменьшением возраста, указывает на то, что количество женщин, желающих задержать возникновение первой беременности, растет со временем. Двадцать четыре процента замужних женщин в возрасте 20-24 лет и 31 процент 15-19-тилетних женщин использовали методы контрацепции до рождения ребенка. Снижение среднего количества детей ко времени первого использования методов контрацепции с уменьшением возраста также указывает, что большинство женщин в настоящее время более склонны к задержке возникновения первой

беременности по сравнению с прошлым. Женщины старших возрастных групп (старше 35 лет) имели в среднем двоих детей до первого использования методов контрацепции, тогда как более молодые женщины имели в среднем 1.5 ребенка.

Тридцать семь процентов женщин ко времени первого использования методов контрацепции имели одного ребенка, и этот процент в незначительной степени изменялся с возрастом, за исключением респондентов 15-19 лет, среди которых 31 процент впервые начали применять методы контрацепции до рождения первого ребенка

4.5 Знания о фертильном периоде и контрацептивном эффекте грудного вскармливания

Знание репродуктивной физиологии является важным условием для эффективного использования традиционных методов контрацепции. Успешное использование периодического полового воздержания зависит от понимания женщиной овулярного цикла, когда в отдельные периоды его повышен риск возникновения беременности. Всем женщинам задавали вопрос о конкретном времени месячного цикла, когда высока вероятность возникновения беременности. В таблице 4.9 показано процентное распределение всех респондентов и тех, кто использовал периодическое воздержание, в зависимости от знаний фертильного периода овулярного цикла.

Таблица 4.9 Знание фертильного периода

Процентное распределение всех женщин, а также женщин, применяющих календарный метод и периодическое воздержанне в зависимости от знаний фертильного периода овулярного цикла, Казахстан 1995

Знание фертильного периода	Все женщины	Использующие: периодическое воздержание	Использующие: календарный метод
Во время месячных	0.7	0.7	0.7
Сразу после окончания месячных	4.1	4.5	4.0
В середине менструального цикла	29.3	87.3	88.0
Перед началом месячных	1.0	1.5	1.4
В любое время	28.6	2.6	2.7
Другое	0.1	0.0	0.0
Не знает	36.2	3.3	3.2
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество	3,771	190	185

Прнмечанне: четыре респондента указалн на использование симптомотермнческого метода

Только 29 процентов всех респондентов обнаружили верные знания о фертильном периоде. Большинство из оставшегося числа респондентов считает, что возникновение беременности может наступить в любое время месячного цикла (29 процентов), и 36 процентов респондентов не имели представления об овулярном цикле. С другой стороны, женщины, применявшие периодическое воздержание или календарный метод, были осведомлены о различиях вероятности возникновения беременности в период месячного цикла. Восемьдесят семь процентов женщин, применявших периодическое воздержание, и 88 процентов респондентов, использовавших календарный метод, обнаружили правильные знания овулярного цикла. Исключительное и частое грудное вскармливание может продлить период времени после родов, во время которого у женщины наблюдается аменорея и ановуляция. Было показано, что даже после восстановления менструального цикла частота наступления беременности у кормящих ниже, чем среди женщин, прекративших грудное кормление (Hobcraft J., Guz D., 1985; Potts M. et al., 1985).

Для выяснения контрацептивного эффекта грудного вскармливания респондентам задавали вопросы о влиянии грудного вскармливания на возможность возникновения

беременности. Женщинам задавали вопрос о том, полагались ли они на грудное вскармливание как на метод предохранения от беременности в прошлом и полагаются ли в настоящем. Эти данные для замужних женщин представлены в таблице 4.10 .

Таблица 4.10 Представление о контрацептивном эффекте грудного вскармливания

Процентное распределение замужних женщин по их мнению о риске возникновения беременности при грудном вскармливании и процент женщин, полагавшихся ранее и полагающихся в настоящее время на грудное вскармливание как на метод контрацепции и респондентов с лактационной аменореей (ЛАМ) в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Риск беременности при грудном вскрмливании					Всего	Опыт применения грудного вскармливания как метода контрацепции		ЛАМ[1]	К-во жен-щин
	Не изменяется	Повышается	Снижается	Зависит	Не знает		в прошлом	в настоящем		
Возраст										
15-19	58.3	10.2	22.2	5.5	3.8	100.0	15.1	6.7	1.4	80
20-24	58.2	6.2	27.6	6.5	1.4	100.0	15.0	10.8	2.4	347
25-29	57.2	6.6	28.2	5.7	2.4	100.0	14.9	9.9	2.1	425
30-34	57.1	5.8	28.3	8.5	0.3	100.0	17.3	11.7	0.9	458
35-39	57.9	6.5	28.1	6.5	0.9	100.0	18.5	10.9	0.4	482
40-44	48.4	4.4	38.4	8.0	0.8	100.0	22.1	10.2	0.2	447
45-49	43.6	7.8	37.0	10.5	1.1	100.0	20.1	7.5	0.0	268
Местожительство										
Город	56.6	5.1	29.9	7.3	1.1	100.0	15.6	8.6	1.0	1,398
Село	51.8	7.7	31.7	7.5	1.3	100.0	20.8	12.3	1.1	1,109
Регион										
г.Алматы	55.8	7.3	31.3	3.5	2.2	100.0	13.2	6.2	0.8	164
Южный	49.5	7.3	37.6	4.9	0.6	100.0	22.4	15.5	1.5	811
Западный	47.4	13.1	19.9	19.5	0.0	100.0	15.1	10.1	2.3	298
Центральный	60.9	6.1	28.9	2.9	1.3	100.0	14.4	4.5	1.2	235
Северо-Восточный	58.9	3.2	28.6	7.4	1.9	100.0	16.7	8.1	0.2	1,000
Образование										
Начальное/среднее	56.0	7.8	27.1	7.8	1.4	100.0	18.1	12.1	1.0	797
Средне-специальное	52.9	6.6	32.2	7.1	1.2	100.0	18.6	9.1	1.2	1,259
Высшее	56.3	2.5	32.9	7.4	1.0	100.0	15.4	10.1	0.6	450
Национальность										
Казашки	49.0	8.5	34.5	6.9	1.1	100.0	21.3	14.2	1.9	1,064
Русские	58.3	4.2	28.8	6.9	1.8	100.0	15.6	7.4	0.4	930
Другие	58.8	5.2	26.2	9.3	0.5	100.0	14.9	7.2	0.4	513
Всего	54.5	6.2	30.7	7.4	1.2	100.0	17.9	10.2	1.0	2,507

[1] Критерии ЛАМ включают: грудное вскармливание ребенка до 6-ти месяцев и наличие аменореи у женщины.

Одна треть опрошенных женщин (31 процент) правильно оценила возможность возникновения беременности, связанной с грудным вскармливанием. Характерно, что по мере увеличения возраста женщин, верное понимание превентивного эффекта грудного вскармливания возрастало. О данном эффекте грудного вскармливания в равной степени осведомлены респонденты, проживающие как в городской, так и в сельской местности, в меньшей степени - респонденты на Западе республики (20 процентов). Здесь же проживает большинство

женщин, высказавшихся о повышении риска возникновения беременности при грудном вскармливании (13 процентов) и считающих , что риск возникновения беременности зависит от других факторов (20 процентов). Более половины замужних респондентов (55 процентов) независимо от социально-биологических факторов, исключают влияние грудного вскармливания на возникновение беременности.

Количество женщин, в прошлом полагавшихся на грудное вскармливание как на метод предохранения от беременности, составило 18 процентов. Десять процентов респондентов полагаются на грудное вскармливание в настоящее время. Удельный вес женщин, полагавшихся в прошлом на грудное вскармливание как на метод контрацепции, был наибольшим в Южном регионе (22 процента). Удельный вес женщин, полагающихся на грудное вскармливание в настоящем, в этом регионе составил 16 процентов. Также женщины Южного региона по сравнению с другими регионами правильно оценили значимость грудного вскармливания в предупреждении беременности (38 процентов). Женщины-казашки в настоящее время больше полагаются на контрацептивный эффект грудного вскармливания, чем женщины русской национальности (14 и 7 процентов соответственно). В таблице 4.10 представлено также соотношение замужних женщин, у которых была лактационная аменорея, критериями которой являются грудное вскармливание ребенка до шести месяцев и наличие аменореи у женщины. Удельный вес таких женщин в ПМДК составил 1 процент, и этот процент варьировал в зависимости от социально-биологических факторов в пределах 0 - 2 процентов.

4.6 Источники методов планирования семьи

В настоящее время в Казахстане такие контрацептивные средства как ВМС, противозачаточные таблетки, инъекции, презервативы и другие распространяются через женские консультации, кабинеты планирования семьи, входящие в государственный сектор здравоохранения. Наряду с этим, женщины обеспечиваются современными контрацептивными средствами через аптечную сеть, коммерческие структуры.

Всем женщинам, использующим современные методы контрацепции, задавался вопрос о последнем источнике приобретения методов планирования семьи.[3] В таблице 4.11 показано процентное распределение всех респондентов, использующих контрацептивные средства, в зависимости от последнего источника приобретения. Абсолютное большинство женщин (92 процента) обеспечивалось современными методами контрацепции через государственные учреждения здравоохранения. Тридцать процентов респондентов приобрели методы планирования семьи в стационаре, 26 процентов - в кабинетах планирования семьи. Источник приобретения метода контрацепции как правило зависит от применяемого метода. Большинство женщин применяют ВМС, приобретенные в стационаре (34 процента) и в женских консультациях (31 процент). Через аптечную сеть 58 процентов респондентов приобрели противозачаточные таблетки, и 60 процентов - презервативы. Таблетки также приобретались в кабинетах планирования семьи, женских консультациях (15 процентов), через друзей (9 процентов). В качестве других источников приобретения презервативов респонденты назвали магазины (13 процентов) и друзей (9 процентов). На рисунке 4.3 представлено распределение пользователей современными методами контрацепции в зависимости от источника их приобретения.

---

[3] Сбор данных включал регистрацию названия источника приобретения контрацептивных средств, по которому супервизор или редактор могли полностью верифицировать этот источник.

Таблица 4.11 Источник обеспечения современными контрацептивными средствами

Процентное распределение, использующих в настоящее время современные методы контрацепции по последнему источнику приобретения в зависимости от специфичности методов, Казахстан 1995

	Метод				
Источник обеспечения	Таблетки	ВМС	Презерватив	Другой современный метод [1]	Всего
Государственный сектор	77.0	96.4	64.6	(98.5)	92.4
Больница	0.0	34.2	0.0	(75.2)	30.2
Поликлиника	4.5	16.2	0.0	(8.9)	13.9
Женская консультация	10.1	30.8	0.9	(7.2)	26.3
Аптека	58.0	12.1	60.3	(3.3)	18.7
Другое	4.4	2.6	3.4	(3.8)	2.8
Платные мед. услуги	6.2	0.4	0.3	(0.0)	0.6
Другой источник	16.8	3.2	35.1	(1.5)	6.9
Магазин	0.8	0.2	12.6	(0.0)	1.4
Друзья/родственники	8.8	2.4	8.5	(1.5)	3.2
Другое	7.2	0.7	14.0	(0.0)	2.3
Всего	100.0	100.0	100.0	(100.0)	100.0
Количество	55	1.054	128	30	1,266

[1] Другое включает инъекции и диафрагмы.
Цифры в скобках основаны на 25 -49 случаях.

Рисунок 4.3

Распределение респондентов, использующих методы контрацепции в зависимости от источника их приобретения



Всем респондентам, применяющим в настоящее время методы контрацепции, задавали вопрос о знании другого источника, помимо того, где они недавно приобрели эти средства. Женщин, которые знали другой источник приобретения контрацептивных средств, просили указать основную причину выбора последнего источника. В таблице 4.12 представлены данные об удовлетворенности источником приобретения контрацептивных средств в настоящее время в зависимости от социально-биологических факторов.

Таблица 4.12 Удовлетворенность источником обеспечения контрацептивными средствами в настоящее время

Процентное распределение респондентов, использующих современные контрацептивные методы в настоящее время по удовлетворенности последним источником обеспечения в зависимости от некоторых социально-биологических факторов и причины применения метода, Казахстан 1995

	Основная причина выбора настоящего источника обеспечения														
Социально-биологические факторы	Не знает другого источника	Ближе к дому	Ближе к работе	Транспортные удобства	Компетентность и дружелюбие персонала	Учреждение чище	Обслуживание конфиденциально	Короче время ожидания	Удобен режим работы	Доступны допные виды обслуживания	Обслуживание дешевле	Другое	Не знает	Всего	К-во женщин
Местожительство															
Город	47.3	18.0	4.2	2.4	10.6	2.0	2.3	0.4	1.5	4.1	3.1	0.5	0.6	100.0	742
Село	67.4	15.5	1.4	2.5	6.1	0.2	0.8	0.2	0.4	2.1	1.4	0.2	0.8	100.0	524
Регион															
г.Алматы	22.8	32.6	4.9	2.2	10.7	0.9	4.5	1.3	1.8	5.4	2.2	1.3	0.9	100.0	99
Южный	78.8	8.9	0.8	0.3	2.3	2.2	0.0	0.0	0.9	4.0	0.8	0.5	0.3	100.0	367
Западный	57.5	16.3	3.9	5.0	5.1	0.0	2.0	0.8	1.5	3.2	0.0	0.8	0.0	100.0	137
Центральный	56.4	16.7	1.2	4.0	9.5	0.0	0.7	1.2	1.3	2.8	1.2	0.3	1.5	100.0	133
Северо-Восточный	45.0	19.9	4.5	2.9	13.6	1.3	2.5	0.0	0.8	2.5	4.5	0.0	0.8	100.0	531
Образование															
Начальное/среднее	68.2	11.6	0.6	2.5	7.0	1.8	0.5	0.3	0.7	4.2	0.5	0.5	0.7	100.0	365
Средне-специальное	53.0	18.1	4.9	2.1	8.8	1.0	2.1	0.1	1.1	2.7	3.0	0.1	0.3	100.0	655
Высшее	43.6	22.1	1.9	3.3	11.1	0.9	2.3	1.0	1.4	3.4	3.6	0.8	1.6	100.0	245
Национальность															
Казашки	69.4	12.2	1.9	1.6	5.0	0.9	1.1	0.3	0.8	3.3	1.1	0.4	0.3	100.0	531
Русские	41.0	20.5	4.4	3.5	12.6	1.4	2.3	0.4	1.1	3.9	3.6	0.4	1.4	100.0	488
Другие	54.7	20.3	2.9	2.0	9.2	1.6	1.6	0.2	1.5	1.9	2.9	0.2	0.0	100.0	247
Причины применения															
Продление сроков рождения ребенка	52.8	20.7	1.6	2.5	6.9	1.6	2.1	0.4	0.5	3.5	2.9	0.6	0.7	100.0	455
Ограничение рождаемости	57.2	14.9	3.9	2.4	9.8	1.0	1.5	0.3	1.4	3.1	2.2	0.2	0.6	100 0	811
Всего	55.6	17.0	3.1	2.4	8.7	1.2	1.7	0.3	1.0	3.3	2.4	0.4	0.6	100.0	1,266

Больше половины женщин (56 процентов) не знают другого источника приобретения контрацептивных средств. Среди респондентов, знающих более одного источника приобретения контрацептивных средств, 39 процентов выбрали по причине близости его к дому (эту причину указали 17 процентов из общего количества респондентов); девять процентов - с компетентностью и дружелюбием персонала. Другие причины выбора источника были названы менее чем тремя процентами респондентов.

Основной информацией таблицы 4.12 являются различия среди женщин, знающих более одного источника обеспечения контрацептивными средствами в зависимости от социально-биологических факторов респондентов, независимо от использования ими современных методов контрацепции. Большинство сельских респондентов (67 процентов) не знали другого источника приобретения контрацептивных средств, по сравнению с городскими (47 процентов). Существенные различия были выявлены в зависимости от региона проживания. В г. Алматы только 23 процента респондентов знали лишь один источник приобретения, тогда как в Южном регионе удельный вес таких респондентов составил 79 процентов. Процент женщин, знающих только один источник приобретения современных методов контрацепции, значительно снижался с уровнем образования. Шестьдесят восемь процентов женщин с начальным/средним уровнем образования были осведомлены только об одном источнике; этот процент снижается до 53 среди респондентов со средне-специальным образованием и в последующем снижается до 44 процентов среди женщин с высшим образованием. Большинство женщин казахской национальности знают только один источник приобретения (69 процентов); среди русских женщин этот показатель составил 41 процент. Пятьдесят семь процентов женщин основную причину использования контрацептивных средств связывали с ограничением рождаемости, и 53 процента - с продлением сроков рождения ребенка.

4.7 Намерение женщин, не применявших контрацептивные средства, использовать их в будущем

Анализ намерений женщин использовать контрацептивные средства в будущем является основой для прогнозирования потенциальных потребностей в службах планирования семьи. Респондентам, не использующим методы планирования семьи, во время проведения исследования был задан вопрос о намерении предохраняться от беременности в будущем. Кроме того, женщинам, желающим использовать контрацептивные средства в будущем, также задавали вопрос о применении их в ближайшие 12 месяцев. Использование контрацептивных средств в течение 12 месяцев и в более поздние сроки обеспечивает наиболее достоверный уровень потребностей в методах планирования семьи в ближайшем будущем. В таблице 4.13 представлена информация о процентном распределении замужних женщин, применявших и не применявших методы контрацепции в прошлом, не использующих их в настоящее время и намеренных использовать их в будущем в зависимости от количества детей.

Среди замужних женщин, не использующих методы планирования семьи, 48 процентов намерены их применять в будущем, 28 процентов желают обратиться к ним в течение 12 месяцев; 17 процентов желают использовать позже, и 3 процента проявили неопределённость в сроках их применения. Большинство респондентов (60 процентов), желавших использовать методы контрацепции когда-либо в будущем, применяли их в прошлом. Фактически большинство респондентов, не использовавших методы контрацепции (60 процентов), имели опыт применения их в прошлом.

Следовало ожидать, что те респонденты, которые в настоящее время не используют методы контрацепции, но имевшие опыт применения в прошлом, вероятно, должны были бы

Таблица 4.13 Будущее использование методов контрацепции

Процентное распределение замужних женщин, не использующих методы контрацепции, но использовавших их в прошлом и намеренных использовать в будущем в зависимости от количества детей, Казахстан 1995

Прошлый опыт и намерение использовать в будущем	Количество имеющихся детей					Всего
	0	1	2	3	4+	
Никогда не использовала контрацептивные методы						
Намерена использовать в ближайшие 12 месяцев	8.8	14.0	10.9	10.2	9.1	11.1
Намерена использовать позже	25.7	7.6	4.3	2.2	1.2	6.6
Не уверена когда	0.4	2.1	1.3	1.8	0.5	1.3
Не уверена в намерении	4.8	2.6	5.5	4.4	1.3	3.7
Не намерена использовать	25.1	15.3	10.4	13.3	32.4	17.7
Ранее использовала методы контрацепции						
Намерена использовать в ближайшие 12 месяцев	1.9	17.4	22.8	19.6	13.3	17.0
Намерена использовать позже	20.6	14.2	10.6	4.4	3.6	10.5
Не уверена когда	3.4	0.4	1.3	1.6	1.5	1.4
Не уверена в намерении	1.0	2.1	3.1	5.2	3.6	3.0
Не намерена использовать	8.1	24.2	29.8	37.3	33.6	27.7
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Все замужние, не использующие методы контрацепции						
Намерена использовать в ближайшие 12 месяцев	10.7	31.4	33.7	29.9	22.4	28.0
Намерена использовать позже	46.3	21.8	14.9	6.6	4.8	17.1
Не уверена когда	3.8	2.5	2.6	3.4	1.9	2.7
Не уверена в намерении	5.9	4.7	8.6	9.6	4.9	6.7
Не намерена использовать	33.2	39.5	40.2	50.6	66.0	45.4
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	109	268	327	128	193	1,025

1 Включает настоящую беременность

использовать их в будущем, но фактические данные свидетельствуют об обратном. Вместе с тем женщины, никогда не применявшие методы контрацепции в прошлом, выразили намерение использовать их в будущем. Сорок восемь процентов женщин, которые ранее использовали метод контрацепции, и 47 процентов респондентов, никогда не использовавших методы контрацепции, склонны к желанию использовать их когда-либо в будущем.

Женщины, не использовавшие методы контрацепции, но намеренные использовать их когда-либо в будущем, скорее всего имеют меньшее количество детей. В то время когда большинство респондентов (46 процентов), не использующих методы контрацепции и не имеющих детей, намерены использовать контрацептивные средства по истечении 12 месяцев, большая часть респондентов с детьми планируют использовать методы контрацепции в течение предстоящих 12 месяцев.

Сорок пять процентов всех замужних респондентов, не использующих в настоящее время методы контрацепции, также не намерены их использовать когда-либо в будущем. Процент респондентов, не намеренных применять методы контрацепции, возрастает с увеличением числа детей: от 33 процентов женщин, не имеющих детей, до 66 процентов - с четырьмя и более детьми.

Данные ПМДК (цифры не приведены) показали, что 43 процента респондентов, не использующих методы контрацепции[4], посетили медицинские учреждения в течение 12 месяцев, предшествовавших исследованию, и ни с кем не обсуждали вопросы планирования семьи. Это свидетельствует об упущенной возможности распространения медицинскими работниками информации о планировании семьи среди населения. Кроме того, 47 процентов респондентов, не использующих методы контрацепции, не посещали медицинские учреждения в течение 12 месяцев, предшествовавших исследованию, что соответствует 90 процентам всех респондентов, не использующих методы контрацепции и не имевших контактов с медицинскими работниками по обсуждению вопросов планирования семьи.

4.8 Причины неиспользования методов контрацепции

В ПМДК всем респондентам, не планирующим использовать методы контрацепции когда-либо в будущем, задавались вопросы о причинах неиспользования. Результаты опроса женщин в возрасте до 30 лет и старше представлены в таблице 4.14. Среди указанных причин, наиболее частым было нежелание самой женщины (35 процентов), причем как в группе молодых женщин (43 процента), так и в группе респондентов старшего возраста (34 процента). Второй по частоте причиной являлось - в группе молодых респондентов - желание иметь больше детей (19 процентов), в группе женщин старшего возраста - менопауза (24 процента).

Таблица 4.14 Причины не применения методов контрацепции в настоящем и будущем

Процентное распределение не использующих методы контрацепции и не намеренных использовать их в будущем по причинам не применения в зависимости от возраста, Казахстан 1995

Причины не применения методов контрацепции	Возраст		
	<30	30-39	Всего
Редкие половые связи	2.4	8.1	7.5
Менопауза/гистерэктомия	1.9	23.6	21.4
Бесплодие	7.2	8.8	8.6
Хочет больше детей	19.4	6.5	7.8
Гинекологические болезни	2.4	6.6	6.2
Нежелание женщины	42.5	33.7	34.6
Нежелание мужа	0.0	0.3	0.2
Религиозные причины	8.3	1.3	2.0
Не знает метода	0.0	1.1	1.0
Не знает источника	0.0	0.1	0.1
Беспокойство о вреде на здоровье	11.2	5.9	6.4
Боязнь побочных эффектов	0.0	0.5	0.4
Неудобства в применении	2.4	0.3	0.5
Влияет на нормальную жизнедеятельность	0.0	0.5	0.4
Другое	1.2	2.4	2.3
Не знает	1.2	0.4	0.5
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	47	418	466

[4] Не представленные данные относятся ко всем респондентам, не использующим методы контрацепции, независимо от их семейного положения.

4.9 Предпочтительный метод контрацепции для использования в будущем

Респондентам, не применявшим методы контрацепции, но намеренным использовать их в будущем, задавался вопрос о предпочтительном методе контрацепции. Данные таблицы 4.15 отражают процентное распределение замужних женщин, не применявших контрацептивных средств, но оказавших предпочтение определенному методу в течение предстоящих 12 месяцев и позже. Три четверти респондентов, не использующих контрацептивные средства, сообщили о намерении использовать ВМС (79 процентов). Вторым по частоте применения методом контрацепции являются противозачаточные таблетки (8 процентов). Не выявлено существенных различий в зависимости от метода контрацепции, предпочитаемого использовать респондентами в будущем и уровня их ответов между группами респондентов, намеренных использовать скоро (в течение ближайших 12 месяцев) и позже. Менее пяти процентов респондентов указали на использование и других методов контрацепции в будущем.

Таблица 4.15 Предпочтительный метод контрацепции в будущем

Процентное распределение замужних женщин, не использующих методы контрацепции, но намеренных использовать в будущем в зависимости от вида предпочтительного метода, по их намерению использовать их в ближайшие 12 месяцев или позже, Казахстан 1995

Предпочтительный метод контрацепции	Намерение использовать			Всего
	В ближайшие 12 месяцев	Позже 12 месяцев	Не уверена в сроках	
Таблетки	5.8	9.9	(10.3)	7.5
ВМС	81.4	75.8	(69.1)	78.7
Инъекции	1.3	0.0	(1.6)	0.8
Диафрагма/губка/ свеча	0.0	0.6	(1.6)	0.3
Презерватив	3.8	3.0	(0.0)	3.3
Календарный метод	2.8	3.8	(0.0)	3.0
Прерванный акт	0.4	0.0	(0.0)	0.2
Народный метод	0.2	0.9	(1.6)	0.5
Спринцевание	0.2	0.0	(0.0)	0.1
Пропущено	4.3	6.0	(15.8)	5.5
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	288	176	27	491

Прим: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях

4.10 Информированность респондентов о планировании семьи по радиовещанию и телевидению.

Средствам массовой информации должна отводиться ключевая роль в информированности населения по вопросам планирования семьи. Приблизительно половина домовладений в Казахстане имеют радио и почти все (90 процентов) телевизор (таблица 2.9). Всем респондентам в ПМДК задавали вопрос об информированности их по вопросам планирования семьи посредством радио и телевидения в течение нескольких месяцев, предшествовавших исследованию. Результаты интервью в зависимости от социально-биологических факторов представлены в таблице 4.16.

В то время как 9 процентов респондентов слышали или видели передачу о планировании семьи по радио или телевидению, последнее было обычным источником информации; 43 процента из общего количества респондентов были осведомлены о планировании семьи посредством телевизионных передач, 10 процентов посредством радиопередач. Одна пятая часть городского и 34 процента сельского населения почерпнули знания о планировании семьи из телевизионных передач. Телевидение является наиболее доступным средством массовой информации как в городе, так и на селе; 94 процента всех респондентов просматривают

Таблица 4.16 Информированность о методах планирования семьи по радио и телевидению

Процентное распределение женщин, получивших информацию о методах планирования семьи в течение нескольких месяцев, предшествовавших интервью в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Информированность о методах планирования семьи по радио и телевидению: Нет информированности	Только по радио	Только по телевидению	По радио и телевидению	Всего	К-во женщин
Местожительство						
Город	49.9	0.9	37.6	11.7	100.0	2,133
Село	64.3	1.2	29.2	5.2	100.0	1,638
Регион						
г.Алматы	26.0	2.6	46.0	25.4	100.0	271
Южный	68.7	0.8	24.7	5.8	100.0	1,206
Западный	50.0	0.1	40.8	9.1	100.0	477
Центральный	53.4	1.3	39.4	6.0	100.0	358
Северо-Восточный	54.1	1.1	35.8	9.0	100.0	1,458
Образование						
Начальное/среднее	63.5	0.9	29.2	6.3	100.0	1,376
Средне-специальное	54.9	0.9	34.9	9.3	100.0	1,721
Высшее	44.0	1.5	41.4	13.1	100.0	670
Национальность						
Казашки	63.6	0.9	29.0	6.5	100.0	1,696
Русские	46.4	1.4	40.6	11.7	100.0	1,309
Другие	56.4	0.7	33.6	9.3	100.0	766
Всего	56.2	1.0	33.9	8.9	100.0	3,771

Примечание: Всего включает 4-х женщин не имеющих образования. Цифры в сумме могут не составлять 100 по причине округления.

телевизионные передачи по меньшей мере один раз в неделю (см. Гл 2.3.4). В городских домовладениях радио и телевизоры имеются в 62 и 93 процентах домов, соответственно, тогда как в сельских домовладениях эти показатели составили 37 и 86 процентов. Почти каждый, кто был осведомлен о методах планирования семьи из радиопередач, одновременно просматривал и телепередачи, и лишь один процент респондентов слушали передачи, транслируемые по радио.

Анализ показал, что различия в просмотре телепередач о планировании семьи были более выражены в региональном разрезе по сравнению с местожительством. Приблизительно три четверти (71 процент) женщин в г.Алматы и только одна треть женщин (31 процент), проживающих в Южном регионе, недавно получили информацию о планировании семьи из телепередач. Для респондентов, проживающих в г. Алматы, источниками информации о планировании семьи являлись радио и телевидение (25 процентов). Около одной пятой части респондентов в других регионах республики недавно просмотрели телевизионные передачи.

Тогда как телепередачи являются доступными для широких слоев населения независимо от уровня образования, вероятность недавнего просмотра телевизионных передач о планировании семьи возрастает с уровнем образования респондентов. Тридцать шесть процентов женщин с

начальным/средним образованием недавно просматривали телевизионные передачи, тогда как среди респондентов со средне-специальным и высшим образованием этот показатель составил 44 и 55 процентов. Респонденты русской национальности по сравнению с женщинами-казашками чаще просматривали телепередачи (52 и 36 процентов соответственно).

4.11 Допустимость распространения передач о планировании семьи посредством трансляционных средств массовой информации

В ПМДК всем респондентам задавали вопрос о допустимости трансляции передач о планировании семьи по радио и телевидению. В таблице 4.17 представлены результаты опроса респондентов в зависимости от социально-биологических факторов.

Таблица 4.17 Допустимость информации передач о планировании семьи

Процент женщин, допускающих трансляцию передач о планировании семьи по радио и телевидению в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Допустимость передач о методах планирования семьи по радио и телевидению			Всего	К-во женщин
	Допускают	Не допускают	Не уверены		
Возраст					
15-19	68.8	14.6	16.6	100.0	669
20-24	82.8	9.2	8.0	100.0	567
25-29	86.1	10.1	3.8	100.0	521
30-34	87.4	8.2	4.4	100.0	557
35-39	83.6	13.0	3.3	100.0	564
40-44	82.6	13.1	4.3	100.0	537
45-49	77.3	17.1	5.6	100.0	355
Местожительство					
Город	85.6	9.6	4.8	100.0	2,133
Село	75.1	15.1	9.8	100.0	1,638
Регион					
г.Алматы	84.9	12.2	2.9	100.0	271
Южный	77.4	13.8	8.8	100.0	1,206
Западный	80.5	7.2	12.3	100.0	477
Центральный	79.4	13.0	7.7	100.0	358
Северо-Восточный	83.9	11.8	4.3	100.0	1,458
Образование					
Начальное/среднее	72.8	15.1	12.1	100.0	1,376
Средне-специальное	85.2	10.1	4.7	100.0	1,721
Высшее	87.4	10.4	2.1	100.0	670
Национальность					
Казашки	77.7	12.1	10.2	100.0	1,696
Русские	86.7	9.9	3.4	100.0	1,309
Другие	78.7	15.4	5.8	100.0	766
Всего	81.0	12.0	7.0	100.0	3,771

Примечание: Всего включает 4-х женщин не имеющих образования. Цифры в сумме могут не составлять 100 по причине округления.

Большинство опрошенных женщин (81 процент) высказалось о допустимости распространения теле- и радиопередач по этим вопросам. Фактически все респонденты, считающие допустимыми радиопередачи, также допускают телевизионные передачи о планировании семьи. Женщины самой ранней возрастной группы (15-19 лет) по сравнению с респондентами старшей возрастной группы меньше допускают передачи такого рода (69 процентов), поскольку процент неуверенных в своем ответе среди этой категории женщин был самым высоким (17 процентов). Респонденты сельской местности с начальным/средним образованием и женщины-казашки в меньшей степени допускают трансляцию передач о планировании семьи, хотя в целом уровень одобрения является достаточно высоким (приблительно три четверти этих категорий женщин). В целом 12 процентов респондентов не допускают возможности распространения знаний о методах контрацепции по трансляционным каналам средств массовой информации. Уровень недопустимости сохраняется на приблизительно равных значениях независимо от спектра социально-биологических факторов.

4.12 Средства массовой печати в информированности респондентов о методах планирования семьи

Высокий уровень грамотности населения в Казахстане предопределяет особую значимость средств массовой печати в информированности о методах планирования семьи. Семьдесят восемь процентов из общего количества респондентов сообщили, что они читают газеты по меньшей мере один раз в неделю. Обследованным женщинам задавали вопрос об осведомленности о методах планирования семьи из средств массовой печати и периодических изданий (газет, журналов, плакатов, брошюр и листовок) в течение 6 месяцев, предшествовавших интервью, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов (таблица 4.18).

Приблизительно для половины всех респондентов (48 процентов) источником информации о планировании семьи служили периодические издания. Выявлено, что уровень осведомленности респондентов посредством печати и телевидения был приблизительно одинаковым. Пятьдесят шесть процентов городских и 37 процентов сельских женщин почерпнули информацию о планировании семьи через печать. Три четверти женщин в г.Алматы также недавно были ознакомлены с методами планирования семьи из печатных изданий, тогда как количество таких женщин в Южном регионе составило одну треть (36 процентов).

Несмотря на то, что печатные издания являются широко доступными для читателей с различным уровнем образования, вероятность недавней информированности респондентов о методах планирования семьи возрастает с уровнем образования. Тридцать пять процентов женщин с начальным/средним образованием недавно были информированы о планировании семьи из средств печати, тогда как среди респондентов со средне-специальным и высшим уровнем образования этот показатель составил 51 и 65 процентов соответственно. Фактически женщины со средне-специальным и высшим уровнем образования больше получают информацию о планировании семьи из средств печати, чем телевидения. Респондентами русской национальности печатные издания читались чаще, чем женщинами-казашками (53 и 44 процента соответственно).

Газеты и журналы являются наиболее используемыми печатными источниками информации по планированию семьи (читались 42 процентами респондентов), хотя определенная часть респондентов получала информацию из брошюр, листовок (19 процентов) и плакатов (10 процентов). Использование каждого из печатных средств, представленных в таблице в зависимости от социально-биологических характеристик респондентов повторяло общую картину комбинированного использования печатных средств.

Таблица 4.18 Методы планирования семьи в печати

Процент женщин, получающих информацию о планировании семьи из печати в течение нескольких месяцев, предшествовавших интервью в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Вид печатного издания, содержащего информацию о планировании семьи: Нет источника	Газета/ журнал	Плакат	Листовка/ брошюра	К-во женщин
Местожительство					
Город	44.5	49.1	13.1	22.9	2,133
Село	62.6	32.5	5.8	13.6	1,638
Регион					
г.Алматы	24.7	66.2	28.5	35.6	271
Южный	63.9	32.5	5.8	12.2	1,206
Западный	37.8	59.1	16.5	19.9	477
Центральный	44.7	46.6	10.9	31.7	358
Северо-Восточный	54.7	38.4	7.5	17.7	1,458
Образование					
Начальное/среднее	64.6	32.2	7.1	10.6	1,376
Средне-специальное	49.3	43.4	9.8	21.6	1,721
Высшее	34.9	58.1	16.2	28.9	670
Национальность					
Казашки	56.4	38.8	8.7	15.6	1,696
Русские	47.4	45.8	11.5	22.0	1,309
Другие	51.9	42.0	10.0	20.8	766
Всего	52.4	41.9	9.9	18.9	3,771

Примечание: Всего включает 4-х женщин, не имеющих образования

4.13 Отношение супружеских пар к планированию семьи

Женщинам задавали вопрос о том, как часто они обсуждали методы планирования семьи с супругом или партнером в течение года, предшествовавшего исследованию. В таблице 4.19 представлена информация об обсуждении вопросов планирования семьи супружескими парами в зависимости от возраста замужних женщин.

Обсуждение супругами вопросов планирования семьи в значительной степени зависело от возраста женщины. Около половины женщин (47 процентов) не обсуждали вопросы планирования

Таблица 4.19 Обсуждение методов планирования семьи супружескими парами

Процентное распределение замужних женщин, знающих методы контрацепции по количеству обсуждений проблем планирования семьи с мужем в течение одного года, предшествовавшего интервью в зависимости от настоящего возраста, Казахстан 1995

Возраст	Количество обсуждений методов планирования семьи: Никогда не обсуждали	Один или два раза	Более часто	Всего	К-во женщин
15-19	21.4	44.1	34.5	100.0	77
20-24	23.2	43.3	33.5	100.0	346
25-29	29.7	42.9	27.4	100.0	421
30-34	44.3	34.9	20.8	100.0	452
35-39	53.5	30.3	16.2	100.0	476
40-44	64.6	26.7	8.6	100.0	434
35-49	80.8	14.0	5.2	100.0	264
Всего	47.4	33.2	19.4	100.0	2,471

семьи со своим супругом в течение последного года; одна третья часть женщин обсуждали один или два раза, и одна пятая часть женщин чаще. Тем не менее процент женщин, обсуждавших методы планирования семьи по меньшей мере один-два раза за предшествующий год, увеличился с 19 процентов среди 45-49 летних женщин до 79 процентов среди респондентов 15-19 лет. Одна треть женщин в возрасте до 25 лет обсуждала методы планирования семьи с супругами три и более раза.

Замужним женщинам задавали вопрос об отношении супругов к методам планирования семьи. В таблице 4.20 отражена информация о мнении респондентов об отношении супругов к планированию семьи в зависимости от социально-биологических факторов.

Таблица 4.20 Мнение жены об отношении мужа к методам планирования семьи

Процентное распределение замужних женщин, осведомленных о методах контрацепции по их отношению к методам контрацепции, а также по их мнению об отношении мужей к методам планирования семьи в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

		Жена одобряет использование методов контрацепции			Жена не одобряет нспользование контрацепции						
Социально-биологические факторы	Оба одоб-ряют	Муж не одоб-ряет	Отно-шенне мужа неиз-вестно	Оба не одоб-ряют	Муж одоб-ряет	Отно-шение мужа неиз-вестно	Жена не уве-рена	Всего	Муж одоб-ряет	Жена одоб-ряет	К-во жен-щин
Возраст											
15-19	53.2	22.1	12.7	2.5	2.0	0.0	7.5	100.0	57.5	88.0	77
20-24	72.3	12.7	7.1	1.2	1.3	1.8	3.6	100.0	75.0	92.1	346
25-29	70.9	12.8	5.9	3.2	2.6	0.7	4.0	100.0	73.7	89.5	421
30-34	71.0	8.3	9.4	4.4	2.6	0.8	3.5	100.0	75.6	88.6	452
35-39	64.8	16.0	7.5	4.9	2.3	0.9	3.6	100.0	68.3	88.3	476
40-44	67.4	13.5	7.8	4.1	3.4	1.1	2.6	100.0	71.8	88.8	434
45-49	45.4	18.5	13.0	10.0	2.0	6.6	4.6	100.0	49.3	76.9	264
Местожительство											
Город	68.6	14.1	7.1	3.4	2.7	1.1	3.0	100.0	72.5	89.8	1,381
Село	62.8	12.9	9.9	5.5	2.1	2.2	4.6	100.0	66.3	85.6	1,090
Регион											
г.Алматы	73.2	9.3	7.4	4.1	2.7	1.1	2.2	100.0	77.0	89.9	161
Южный	58.2	14.0	8.4	6.3	3.4	2.6	7.1	100.0	64.3	80.6	796
Западный	65.7	9.8	17.5	2.1	0.6	1.2	3.2	100.0	66.4	92.9	296
Центральный	72.5	11.6	5.9	4.3	2.3	2.0	1.4	100.0	75.6	90.0	231
Северо-Восточный	69.8	15.5	6.3	3.4	2.2	0.9	1.9	100.0	72.6	91.6	987
Образование											
Начальное/среднее	57.1	14.5	10.3	7.1	1.9	2.5	6.5	100.0	61.1	81.9	779
Средне-специальное	68.8	13.9	8.0	3.3	2.6	1.2	2.2	100.0	72.1	90.7	1,244
Высшее	74.0	11.2	5.8	2.3	2.8	1.0	3.0	100.0	78.2	91.0	448
Национальность											
Казашки	61.6	13.0	9.8	5.3	2.3	2.7	5.2	100.0	65.5	84.5	1,047
Русские	71.0	13.9	7.4	2.9	2.5	1.0	1.3	100.0	74.2	92.3	916
Другие	66.2	14.1	6.9	4.9	2.7	0.3	4.9	100.0	70.5	87.2	508
Всего	66.0	13.6	8.3	4.3	2.4	1.6	3.7	100.0	69.7	88.0	2,471

Вероятно наибольший интерес в таблице 4.20 представляет тот факт, что уровень одобрения методов контрацепции был выше среди самих женщин (88 процентов) по сранению с их мужьями (70 процентов). Эти данные соответствуют тому, что в 66 процентах случаев оба супруга одобряют методы планирования семьи. В случае, когда имелись различия во мнении, женщина как правило сообщает, что она одобряет, а муж не одобряет. Только четыре процента женщин сообщили, что она и ее супруг не одобряют методы планирования семьи.

Процент супружеских пар, в которых оба супруга одобряют методы планирования семьи, отражает общий характер социально-биологических факторов, в целом повторяющий тенденции изменений процентного соотношения женщин, применяющих в настоящее время методы контрацепции.

ГЛАВА 5

АБОРТЫ

Джереми М. Салливан, Найля М. Карсыбекова, Кия И. Уайнстайн

Индуцированный аборт как метод контроля рождаемости имеет длительную историю. в бывшем Советском Союзе Впервые аборт был официально разрешен в Советском Союзе в 1920 году, но вследствие проводимой про-наталистской политики, предусматривавшей рост численности населения, был запрещен в 1936 году. Это решение было пересмотрено в 1955 году, когда проведение аборта не по медицинским показаниям было вновь официально разрешено на всей территории бывшего Советского Союза.

Практика проведения индуцированных абортов сопряжена с неблагоприятным воздействием на здоровье женщины, снижает ее возможности для дальнейшего деторождения и способствует росту материнской и перинатальной смертности. В Казахстане приблизительно 20 процентов случаев материнской смертности является результатом проведенного индуцированного аборта (Министерство здравоохранения, 1996). Министерство здравоохранения Казахстана предусматривает снижение частоты индуцированных абортов и связывает это с производством и широким использованием современных, безопасных и эффективных методов контрацепции среди населения.

До сих пор международный опыт сбора информации об абортах путем опроса населения свидетельствовал об относительной безуспешности получать достоверные данные об абортах, которые во многих обществах вызывает осуждение и порицание. В Казахстане общество относительно толерантно к практике проведения абортов. По этой причине данный вопрос достаточно успешно анализировался в ряде исследовательских программ (Foreit and McCombie, 1995). Учитывая вышеизложенное, вопросы об абортах были разработаны в ПМДК, апробированы, и в последующем, после незначительных исправлений, были включены в окончательный вариант анкеты.

Информация об индуцированных абортах собиралась во втором разделе индивидуальной анкеты женщины, касающемся репродуктивного здоровья (Приложение Е). Раздел начинается с отдельных вопросов о количестве живых родов, индуцированных абортов, выкидышей и мертворождений, имевших место в течение всей жизни респондентов. Когда респондентам задавали вопрос о количестве индуцированных абортов, то в ответе женщин уточнялись беременности, завершившиеся вакуум-аспирацией (т.е. мини-абортами). После такого сбора агрегированных данных производилось детальное заполнение истории беременности, в которой вносилась информация о месяце, годе и исходе каждой в отдельности беременности.[1]

---

[1]Ряд методов применялся для достижения полноты информации в истории беременности. Во-первых, все беременности записывались в обратном хронологическом порядке (т.е. вначале производилась запись о последней беременности, затем предпоследней и т.д.). Было отмечено, что такой подход обеспечивал бы более полную информацию обо всех беременностях, предшествовавших исследованию, по сравнению с хронологическим порядком записей. Во-вторых, в конце раздела интервьюеры должны были проверить совпадение общего количества всех беременностей по аггрегированным данным с их количеством по данным истории беременности. При интервале между беременностями в 4 и более лет интервьюеры были обязаны дополнительно выяснить о возможно несообщенной беременности, приходящейся на этот период времени.

5.1 Исходы беременностей

В таблице 5.1 показано процентное распределение исходов беременностей, завершившихся в течение трехлетнего периода, предшествовавшего исследованию. Этот временной интервал исчислялся с середины 1992 до середины 1995 года. В целом по республике 54 процента беременностей завершились рождением живого ребенка. В 46 процентах случаев исходами беременностей были индуцированный аборт, выкидыш и мертворождение. Наиболее частой формой неблагоприятного исхода беременностей являлся индуцированный аборт, составивший 38 процентов из всех исходов беременностей.

Таблица 5.1 Исходы беременностей в зависимости от социально-биологических факторов

Процентное распределение беременностей, завершившихся рождением живого ребенка, индуцированным абортом, выкидышем, мертворождением в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Исход беременности: Живой ребенок	Индуцированный аборт	Выкидыш	Мертворождение	Всего	К-во женщин
Местожительство						
Город	46.0	46.7	6.7	0.6	100.0	747
Село	62.0	28.8	8.1	1.1	100.0	753
Регион						
г.Алматы	29.1	59.0	11.2	0.7	100.0	123
Южный	73.2	18.1	7.4	1.3	100.0	510
Западный	66.5	24.2	9.2	0.0	100.0	160
Центральный	57.2	33.4	8.2	1.3	100.0	148
Северо-Восточный	37.5	55.9	5.8	0.7	100.0	559
Образование						
Начальное/среднее	60.8	31.2	6.5	1.4	100.0	482
Средне-специальное	51.1	40.2	7.9	0.8	100.0	754
Высшее	49.7	42.5	7.6	0.2	100.0	264
Национальность						
Казашки	69.2	23.4	6.5	0.8	100.0	704
Русские	35.1	57.8	6.5	0.5	100.0	497
Другие	49.5	37.8	10.9	1.7	100.0	298
Всего	54.0	37.7	7.4	0.9	100.0	1,499

В таблице 5.1 также отражено распределение исходов беременностей в зависимости от социально-биологических факторов респондентов. Индуцированный аборт как метод контроля рождаемости использовался женщинами во всех группах, но уровень его использования колебался в широких пределах. К примеру, среди женщин городской местности аборты составили 47 процентов исходов беременностей, тогда как среди сельских - 29 процентов.

Обращение к абортам также существенно варьировало в зависимости от региона. Как и следовало ожидать, выявлена обратная корреляционная связь частоты абортов с рождаемостью. В городе Алматы и Северо-Восточном регионе, характеризующихся относительно низким уровнем рождаемости, более половины всех беременностей завершились индуцированным

абортом (59 и 56 процентов соответственно). В Западном и Центральном регионах, где уровень рождаемости находится в промежуточном положении, уровень абортов несколько ниже (24 и 33 процента соответственно). В Южном регионе, с наиболее высоким уровнем рождаемости, отмечался самый низкий процент беременностей, завершившихся абортом (18 процентов).

Уровень образования и этническая принадлежность респондентов были также связаны с исходом беременности. К примеру, среди женщин русской национальности уровень абортов был в два раза выше (58 процентов), чем среди женщин - казашек (23 процента).

5.2 Индуцированные аборты в течение всей жизни респондента

В таблице 5.2 представлена общая картина процентного распределения респондентов, имевших в анамнезе аборты.

В целом 41 процент женщин в Казахстане имели по меньшей мере один индуцированный аборт. Как и следовало ожидать, процент женщин, имевших индуцированный аборт, быстро увеличивается с возрастом: с 21 процента в возрастной группе 20-24 до 66 процентов в возрастной группе 35 лет и старше. Выявлены также значительные различия в зависимости от местожительства: 50 процентов городских женщин сообщили о проведенных абортах по сравнению с 30 процентами респондентов сельской местности. Различия в уровнях индуцированных абортов были более выраженными в зависимости от регионов: 56 процентов женщин Северо-Восточного региона сообщили о проведенных абортах по сравнению с 25 процентами в Южном регионе. Только у одной четвертой части женщин казахской национальности имели место аборты, по сравнению с 61 процентом среди русских респондентов.

В таблице 5.2 также отражена информация о повторном проведении индуцированного аборта. В целом среди 41 процента женщин, имевших в анамнезе индуцированный аборт, у 70 процентов было более одного аборта. Среди женщин 35 лет и старше, имевших в анамнезе индуцированные аборты, у 78 процентов были множественные аборты. Среднее количество абортов составило 3.6, причем у 14 процентов респондентов имели место 6 и более абортов. Очевидно: повторное использование индуцированного аборта как метода контроля рождаемости является обычным явлением в Казахстане.

5.3 Показатели индуцированных абортов

В настоящем разделе даны показатели индуцированных абортов за трехлетний период, предшествовавший ПМДК (т.е. с середины 1992 до середины 1995 года). Представлены три вида показателей: повозрастной коэффициент абортов, суммарный коэффициент абортов (СКА) и общий коэффициент абортов (ОКА). Повозрастные коэффициенты абортов представлены в расчете на 1000 женщин. СКА является обобщающим показателем повозрастных коэффициентов и представляется в расчете на одну женщину. Под СКА подразумевается количество абортов, которые женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы она сохранила имеющийся повозрастной коэффициент на протяжении всего репродуктивного периода.

Таблица 5.2 Индуцированные аборты в течение жизни женщины

Процент женщин, имевших по крайней мере один аборт, и среди этих женщин процентное распределение количества абортов и среднее количество абортов в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Процент женщин, у которых были аборты	Количество абортов среди женщин						Кол-во женщин
		1	2-3	4-5	6+	Всего	Среднее	
Возраст								
< 20	0.9	*	*	*	*	*	*	669
20-24	20.6	63.6	30.1	6.2	0.0	100.0	1.6	657
25-34	46.0	37.1	43.2	14.6	5.1	100.0	2.3	989
35+	65.9	21.7	43.8	20.5	14.1	100.0	3.6	1,456
Количество родов								
Нет	4.1	74.6	20.1	3.2	2.2	100.0	1.5	1,103
1	45.0	39.6	39.4	15.7	5.3	100.0	2.4	713
2-3	65.8	24.1	46.0	17.9	11.9	100.0	3.3	1,488
4-5	48.1	31.4	35.1	21.1	12.4	100.0	3.1	345
6+	36.7	44.1	29.6	20.0	6.3	100.0	2.7	122
Местожительство								
Город	50.0	27.1	44.1	17.3	11.5	100.0	3.2	2,133
Село	29.9	36.8	38.2	17.8	7.2	100.0	2.7	1,638
Регион								
г.Алматы	54.5	28.1	39.1	18.2	14.6	100.0	3.4	271
Южный	24.5	39.4	41.5	14.0	5.2	100.0	2.3	1,206
Западный	30.7	37.7	44.3	13.0	5.0	100.0	2.4	477
Центральный	43.7	30.7	39.2	17.5	12.7	100.0	3.1	358
Северо-Восточный	55.6	25.7	43.4	19.4	11.6	100.0	3.3	1,458
Образование								
Начальное/среднее	29.3	32.2	35.6	20.1	12.1	100.0	3.3	1,380
Средне-специальное	49.3	27.4	45.1	17.1	10.3	100.0	3.0	1,721
Высшее	45.4	35.0	43.2	14.7	7.1	100.0	2.5	670
Национальность								
Казашки	25.0	43.5	40.1	13.9	2.5	100.0	2.2	1,696
Русские	60.7	24.6	42.4	19.7	13.3	100.0	3.4	1,309
Другие	44.1	26.3	44.7	16.6	12.4	100.0	3.2	766
Семейное положение								
Никогда не была замужем	2.1	*	*	*	*	*	*	885
Замужем, живут вместе	54.1	29.6	42.9	17.5	10.0	100.0	3.0	2,507
Была замужем	48.3	29.6	39.4	18.8	12.2	100.0	3.2	379
Всего	41.3	30.1	42.3	17.4	10.2	100.0	3.0	3,771

Как показано в таблице 5.3 в целом по Казахстану значения повозрастных коэффициентов абортов возрастают в ранних возрастных группах женщин, достигая пика в группе респондентов 25-29 лет (104 на 1000 женщин) и затем снижаются в старших возрастных группах. Характер изменений повозрастных коэффициентов абортов и рождаемости находятся в реципрокных взаимоотношениях, а именно: низким коэффициентам абортов в более ранних возрастных группах (25-29 лет) соответствуют относительно высокие коэффициенты рождаемости и, наоборот (Рисунок 5.1).

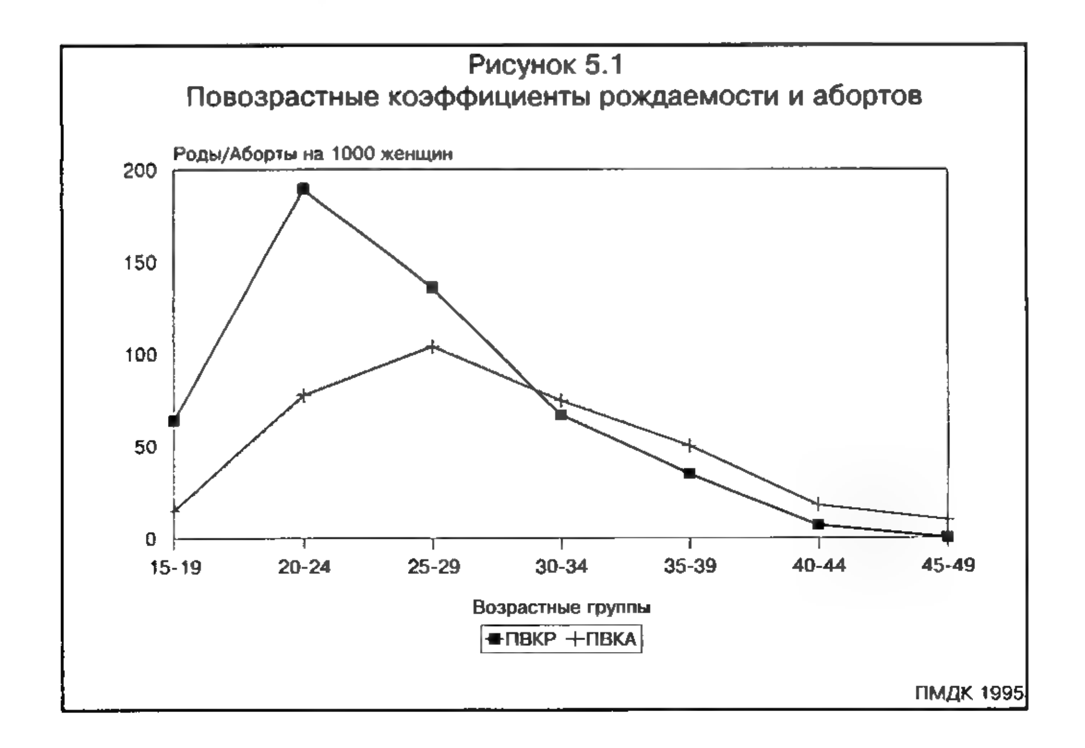
Повозрастные коэффициенты подразумевают, что в среднем женщина имела бы 1.8 аборта в течение всей ее репродуктивной жизни. Интересно сравнить значения СКА с аналогичными показателями Российской Федерации, полученными приблизительно в тот же период времени (в 1994 г.). Показатели по Казахстану соответсвуют верхней границе диапазона коэффициентов абортов (1-2 аборта на женщину), характерных для Российской Федерации (Mroz & Popkin, 1995).

Таблица 5.3 Коэффициенты индуцированных абортов

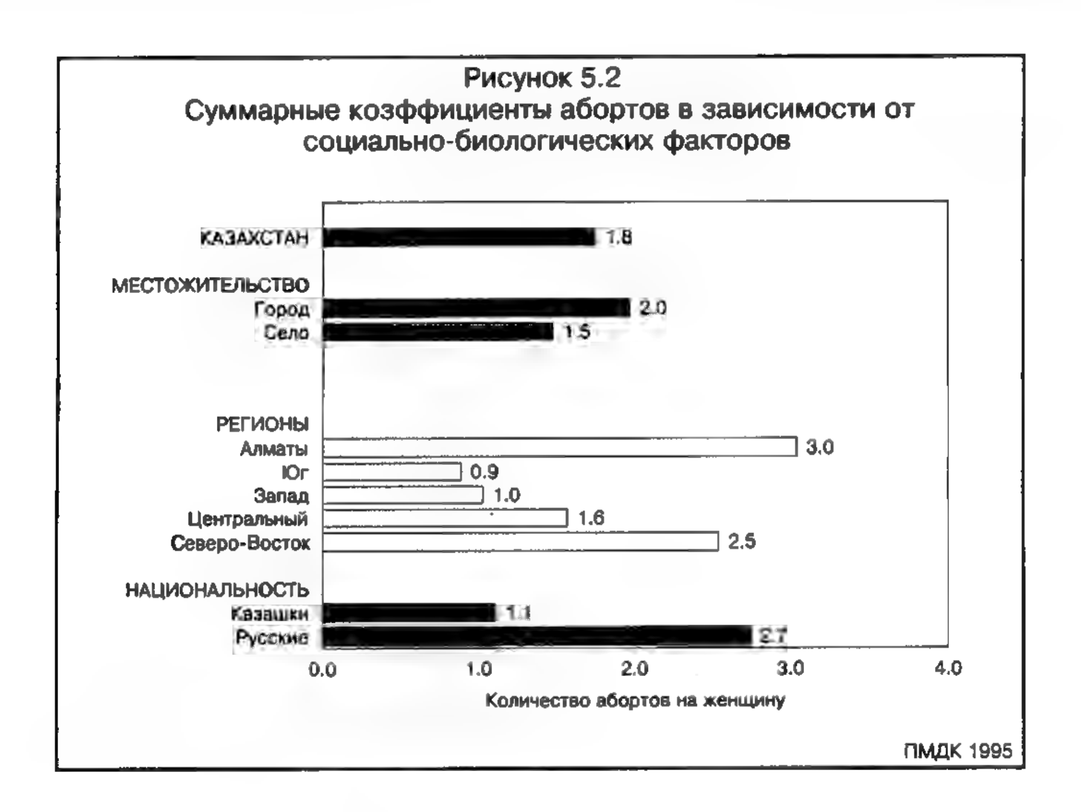
Повозрастной, суммарный и общий коэффициенты абортов за трехлетний период, предшествовавший ПМДК в зависимости от местожительства и национальности, Казахстан 1995

Возраст женщин	Местожительство		Национальность			
	Город	Село	Казашки	Русские	Другие	Всего[1]
15-19	20	10	0	35	21	15
20-24	86	70	31	171	77	78
25-29	123	82	86	147	78	104
30-34	81	67	53	78	117	75
35-39	53	46	36	68	44	50
40-44	19	15	10	32	2	18
45-49	12	7	05	18	(4)	10
СКА 15-49	1.97	1.48	1.11	2.74	(1.72)	1.75
СКА 15-44	1.91	1.45	1.08	2.66	(1.69)	1.70
ОКА	62	50	36	84	57	57

СКА: Суммарный коэффциент индуцированных абортов на одну женщину.
ОКА: Общий коэффциент индуцированных абортов (количество индуцированных абортов, деленное на количество женщин 15-49 лет) на 1000 женщин.
[1] Включает казашек, русских и другие этнические группы



В таблице 5.3 также отражены показатели индуцированных абортов в зависимости от местожительства и национальности. Значения повозрастных коэффициентов абортов в городской местности превышают таковые в сельской. В каждой возрастной группе респондентов показатели в городской местности на 15 процентов, а зачастую на 30-50 процентов выше, чем в сельской. СКА для городской местности (2 аборта на женщину) превышает этот показатель в сельской (1.5) на 33 процента (Рисунок 5.2). Различия повозрастных коэффициентов среди женщин русской и казахской национальности были еще более выраженными: среди респондентов русской национальности этот показатель был в два, три раза выше, чем среди казашек. СКА для русских женщин (2.7) превышает таковой среди казашек (1.1) приблизительно на 150 процентов.



5.4 Тенденции индуцированных абортов

О тенденциях индуцированных абортов в течение определенного периода времени можно судить, сравнивая значения СКА за трехлетний период, предшествовавший исследованию, со средним количеством абортов, сообщенных женщинами возрастной группы 40-49 лет[2]. В таблице 5.4 показано, что в целом по Казахстану текущий СКА (1.8 аборта на женщину) существенно меньше количества абортов, сообщенных женщинами возрастной группы 40-49 лет (2.6). Сходные различия (значения СКА, являющиеся ниже значений, сообщенных женщинами старшего возраста) были характерны для всех групп. Это говорит о том, что тенденция отказа от индуцированных абортов как методов контроля рождаемости имеет место как в республике в

[2] Первый из них представляет собой обобщающую величину коэффициентов текущих абортов, тогда как последний, отражает фактический накопленный опыт женщинами старшего возраста.

целом, так и среди всех слоев населения.

Данные ПМДК позволяют дать более прямую оценку тенденций индуцированных абортов. В таблице 5.5 отражены повозрастные коэффициенты абортов за несколько пятилетних периодов, предшествовавших исследованию.[3] Как видно в каждой возрастной группе, за исключением 15-19 лет, уровень повозрастных коэффициентов индуцированных абортов снизился. Снижение коэффициентов абортов среди женщин в широком возрастном интервале от 20 до 39 лет составляло 50 процентов на протяжении последних 20 лет. На рисунке 5.3 представлена графическая картина этих снижений.

Повозрастные коэффиценты могут быть обобщены путем расчета СКА для женщин возрастной группы 15-44 лет. В интервалах времени 5-9 и 0-4 лет, предшествовавших исследованию, СКА снизился с 2.0 до 1.7, т.е приблизительно на 15 процентов на протяжении 5-ти летнего периода (Таблица 5.5).

Таблица 5.4 Уровни индуцированных абортов в зависимости от социально-биологических факторов

Суммарный коэффициент абортов (СКА) за трехлетний период и среднее число индуцированных абортов у женщин в возрасте 40-49 лет в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Суммарный коэффициент индуцированных абортов[1]	Среднее количество абортов 40-49
Местожительство		
Город	1.97	2.91
Село	1.48	1.98
Регион		
г.Алматы	(3.04)	3.57
Южный	(0.89)	1.26
Западный	(1.03)	1.48
Центральный	(1.57)	2.96
Северо-Восточный	(2.54)	3.45
Образование		
Начальное/среднее	1.61	2.47
Средне-специальное	1.89	2.85
Высшее	(1.62)	2.16
Национальность		
Казашки	1.11	1.24
Русские	2.74	3.67
Другие	(1.72)	2.76
Всего	1.75	2.59

Примечание: цифры в скобках указывают, что один и более составляющих повозрастных коэффициентов основаны на менее чем 250 женщина-лет
[1] Женщины в возрасте 15-49 лет

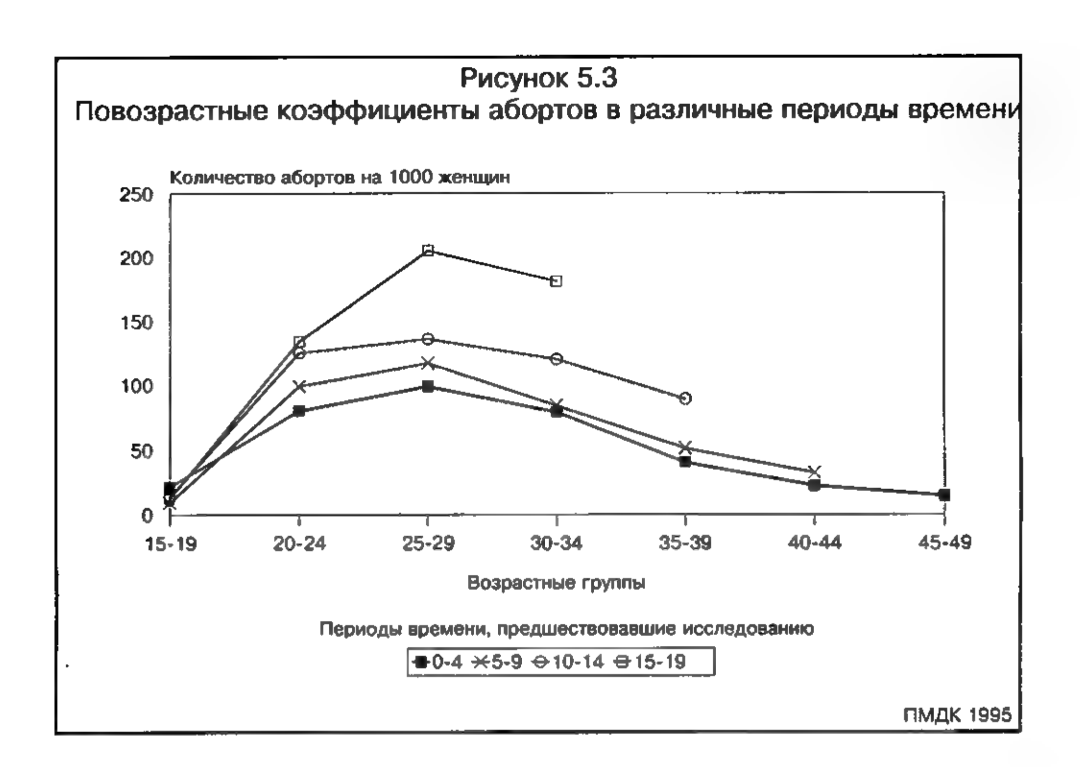
Таблица 5.5 Тенденции изменений повозрастных коэффициентов абортов

Повозрастные коэффициенты абортов за 5-ти летние периоды, предшествовавшие ПМДК, в зависимости от возраста матерей, Казахстан 1995

Возрастные группы	Пятилетние периоды 0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	21	9	13	12
20-24	80	99	125	134
25-29	99	117	136	205
30-34	79	84	120	[181]
35-39	40	51	[89]	-
40-44	22	[32]	-	-
45-49	[14]	-	-	-
СКА 15-44	1.71	1.96	-	-
ОКА	58	71	-	-

Примечание: Повозрастной коэффициент индуцированных абортов рассчитан на 1000 женщин.
Значения в скобках могут быть округлены.

[3] Ограниченность методологии исследования для изучения тенденций уровней абортов во времени демонстрируется в таблице 5.5. В ПМДК женщины в возрасте 50-ти лет и старше не были интервьюированы. Таким образом, при вычислении повозрастных коэффициентов в более ранние периоды времени, данные были не пригодны для женщин более старших возрастных групп. Например, коэффициенты не могли быть вычислены для женщин 40-44 лет за 10-14 летний период, предшествовавший исследованию, поскольку этим женщинам на момент проведения исследования было 50 лет и старше, и поэтому они не были проинтервьюированы.



5.5 Статистика по абортам по данным Министерства здравоохранения Казахстана

Министерство здравоохранения на протяжении многих лет проводит сбор данных по индуцированным абортам на основе регистрации абортов, осуществляемых в лечебно-профилактических учреждениях. Недавно данные МЗ РК были опубликованы в сборнике медицинской статистики для республик Центральной Азии (Church & Koutanev, 1995). Данные по ежегодному уровню индуцированных абортов представлены в расчете на 1000 женщин детородного возраста. Сравнение данных МЗ РК с результатами ПМДК весьма полезно для анализа достоверности двух групп данных и последующего изучения тенденции к снижению частоты абортов, установленной на основе ПМДК.

В таблице 5.6 отражены коэффициенты абортов в расчете на 1000 женщин детородного возраста за периоды времени 1986-90 и 1993-95 гг. Для обоих периодов времени показатели МЗ РК были несколько выше показателей ПМДК,что создает впечатление большей полноты данных, полученных МЗ РК. В целом, несмотря на известную заниженность данных по индуцированным абортам, показатели из двух разных источников достаточно хорошо согласуются между собой. Оба источника

Таблица 5.6 Сравнение коэффициентов индуцированных абортов

Коэффициенты индуцированных абортов, рассчитанные на 1000 женщин детородного возраста за определенные периоды времени по данным Министерства здравоохранения и ПМДК

Источник	Периоды времени		Процент снижения
	1986-90	1993-95	
ПМДК	71	57	20
Министерство здравоохранения РК	75	62	17

Источники: Church, Koutanev (1995); Министерство здравоохранения (1996).
Примечание: Показатели по данным ПМДК смещены на щесть месяцев от указанных периодов времени. Показатели по данным ПМДК за 1993-95 рассчитаны за трехлетнній период, предшествовавший исследованию - с середины 1992 до середины 1995 (см.Таблица 5.3). Аналогичным образом показатели за 1986-90 соответствуют периоду времени с середины 1985 до середины 1990 (см. Таблицу 5.5)

свидетельствуют о приблизительно одинаковом снижении частоты абортов за пятилетний период: на 20 процентов по данным ПМДК и 17 процентов по данным МЗ РК.

5.6 Влияние контрацепции на уровень абортов

Изучение взаимосвязи между доступностью и использованием эффективных методов контрацепции и применением аборта как метода контроля рождаемости представляет значительный интерес как для Казахстана, так и для служб планирования семьи во всем мире. Интуитивно можно было ожидать обратную взаимосвязь, но это не было подтверждено эмпирически по причине недостаточной надежности информации об индуцированных абортах.

Исследования в Казахстане позволяют лучше понять то, как распространение методов контрацепции может повлиять на частоту абортов. Существуют достоверные ежегодные статистические сведения МЗ РК о распространенности контрацептивных средств (использование гормональных контрацептивов и ВМС на 100 женщин в возрасте 15-49 лет) и частоте индуцированных абортов (аборты на 1000 женщин 15-49 лет).[4]

В таблице 5.7 отражены средние величины ежегодных статистических показателей в периоды времени 1988-89 и 1993-95 гг. В течение приблизительно пяти лет уровень использования гормональных контрацептивов и ВМС увеличился на 32 процента, в то время как частота абортов снизилась на 15 процентов. Это свидетельствует о том, что происходит фактическая замена аборта как метода контроля рождаемости на использование контрацептивных средств.

Таблица 5.7 Тенденции в использовании методов контрацепции и частота абортов в разные периоды времени

Использование контрацептивных средств (таблетки и ВМС) и частота индуцированных абортов в зависимости от периода времени, Министерство здравоохранения, 1988-1995

	Период времени		
Показатель	1988-89	1993-95	Процент изменения
Использование таблеток и ВМС (на 100 женщин)	22	29	+32
Уровень абортов (на 1000 женщин)	73	62	-15

Источники: Church and Koutanev (1995) и Министерство здравоохранения (1996).

5.7 Использование методов контрацепции до проведения аборта

Для каждой беременности, завершившейся индуцированным абортом в течение трех лет, предшествовавших исследованию, респондентов просили сообщить об использовании ими метода контрацепции до возникновения беременности, и в случае применения выяснялось то, какой из методов использовался. В таблице 5.8 отражена соответствующая статистическая информация. Двадцати трем процентам индуцированных абортов предшест-вовало использование методов

---

[4] Весьма сходные уровни и тенденции индуцированных абортов были выявлены по данным ПМДК и МЗ РК, что свидетельствуют о точности и сопоставимости результатов двух источников. С 1988 года в МЗ РК собирается ежегодная статистика по использованию таблеток и ВМС в учреждениях здравоохранения. В ПМДК уровень распространенности использования таблеток и ВМС на середину 1995 года (29 на 100 женщин фертильного возраста) был идентичным уровню МЗ РК за 1993 год (29), что свидетельствует о корректности серий статистических сборников МЗ РК.

контрацепции[5]. Наиболее частым методом контрацепции, применение которого не смогло предотвратить возникновение беременности, является ВМС, хотя и при использовании презервативов и полового воздержания также возникала беременность. Совершенно очевидно, что доступность надежных методов контрацепции, их регулярное и последовательное использование могло бы значительно снизить частоту индуцированных абортов.

Таблица 5.8 Использование методов контрацепции до беременности

Использование методов контрацепции до беременностей, завершившихся рождением живого ребенка и индуцированным абортом, Казахстан 1995

Использование методов контрацепции	Живой ребенок	Индуцированный аборт	Всего беременностей[1]
Не использовала	98.2	77.3	89.9
Любой метод	1.8	22.7	10.1
Любой современный метод	1.4	16.6	7.6
Таблетки	0.2	2.4	1.1
ВМС	1.0	10.0	4.5
Презерватив	0.2	4.2	2.0
Любой традиционный метод	0.5	6.1	2.5
Календарный метод	0.3	4.4	1.8
Прерванный акт	0.0	0.6	0.2
Спринцевание	0.1	1.1	0.5
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество беременностей	810	565	1,499

[1] Включает также выкидыши и мертворождения

5.8 Место и методы проведения абортов

Всем женщинам, у которых был проведен аборт в течение трех лет, предшествовавших исследованию задавали вопросы о месте и методе проведения аборта и лице, проводив-шем его. В таблице 5.9 показано, что большинство абортов (66 процентов) проводились в стационаре и 27 процентов в женской консультации. Всего лишь 7 процентов абортов были проведены в другом месте. Значительный удельный вес абортов (96 процентов) был произведен врачом. В таблице 5.9 также отражено процентное распределение абортов в зависимости от метода его проведения. Выскабливанием было проведено почти две трети абортов (62 процента), тогда как вакуум-аспирацией - около одной трети (35 процентов). Из всех абортов, имевших место в стационаре (данные не указаны), выскабливание является наиболее частым методом прерывания беременности (72 процента), почти все другие аборты были выполнены вакуум-аспирацией (25 процентов). Напротив удельный вес абортов, проведенных в женских консультациях, был приблизительно одинаковым, независимо от метода - выскабливания (48 процентов) и вакуум-аспирации (52 процента).

---

[5]Недавнее исследование по изучению репродуктивного здоровья городских женщин Казахстана обнаружило, что 33 процентам абортов предшествовало использование методов контрацепции (Foreit and McCombie, 1995).

5.9 Осложнения при проведении абортов и их лечение

Респондентам, сообщившим о проведении абортов в течение трех лет, предшествовавших исследованию, задавали вопросы о каких-либо осложнениях, имевших место после проведения аборта. При утвердительном ответе респондентам задавали вопросы о характере осложнений и получали ли они медицинскую помощь в стационарных условиях. Приблизительно 20 процентов женщин сообщили об имевшихся осложнениях после абортов. Среди всех осложнений наиболее частыми были инфекция, нарушение менструального цикла и обильное кровотечение (Табл 5.10).

Семь процентов респондентов с осложнениями после абортов были госпитализированы (Таблица 5.10). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 14 дней и не зависела от метода проведения аборта (выскабливание или вакуум-аспирация). Уровень госпитализации при осложнениях является достаточно высоким. Однако следует иметь в виду, что количество случаев проведения абортов в ПМДК было незначительным, что отразилось на существенном диапазоне колебаний статистических показателей. Кроме того, госпитализация является обычной мерой при осложнениях репродуктивного здоровья как в Казахстане, так и в большинстве республиках бывшего Советского Союза, поэтому о тяжести возникших осложнений нельзя судить по факту госпитализации.

Таблица 5.9 Место и метод проведения аборта и лицо, проводившее его

Процентное распределение абортов за 3-х летний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от места и метода проведения аборта, а также лица, проводившего его, Казахстан 1995

Показатель	Процент
Место проведения	
Больница/роддом	66.0
Женская консультация	26.7
Другое	3.6
Платные медицинские услуги	2.9
Другое	0.8
Лицо, проводившее аборт	
Врач	96.0
Медсестра/акушерка	3.3
Другие	0.7
Метод	
Выскабливание	62.3
Вакуум-аспирация	35.2
Малое кесарево сечение	2.3
Всего	100.0
Количество индуцированных абортов	565

Таблица 5.10 Осложнения при проведении абортов

Частота осложнений в результате проведенных абортов за 3-х летний период, предшествовавший исследованию, частота осложнений, потребовавших госпитализации, Казахстан 1995

Виды осложнений	Процент
Отдельные виды осложнений	
Инфекция	6.6
Нарушение менструального цикла	6.9
Обильное кровотечение	9.0
Госпитализация при осложнениях	6.6
Количество абортов	565

ГЛАВА 6

ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДАЕМОСТЬ

Кия И. Уайнстайн

В настоящей главе обсуждаются некоторые другие факторы, оказывающие влияние на риск возникновения беременности. Они включают отношение к браку, половую активность, послеродовую аменорею и абстиненцию (половое воздержание). Брак является основным индикатором, влияющим на риск возникновения беременности. Основными критериями, имеющими непосредственное отношение к половой активности, являются: возраст при первом половом контакте и частота половых отношений. Послеродовая аменоррея и абстиненция оказывают влияние на интервал между родами. Эти факторы определяют продолжительность и проявления репродуктивной активности и являются важными в понимании рождаемости.

6.1 Замужество

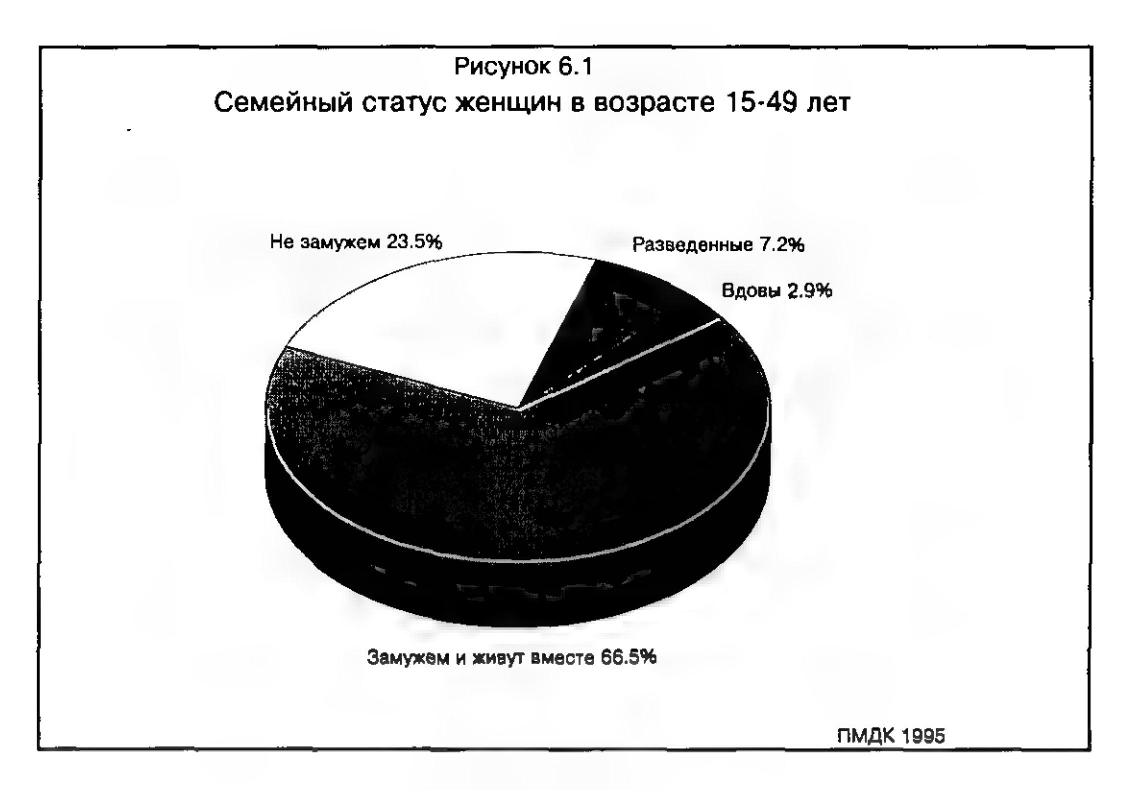
В таблице 6.1 и рисунке 6.1 показано распределение всех женщин в зависимости от их семейного положения ко времени проведения ПМДК. Определение "замужем" означает гражданский, юридически оформленный брак; "живущие вместе" - негражданский брак. В последующих таблицах эти две категории объединены в такие определения как "замужем в настоящее время" или "союз в настоящее время". Вдовы, разведенные женщины и не живущие вместе отнесены к другой категории - " бывшие замужем" или "бывшие в союзе".

Таблица 6.1 Семейное положение

Процентное распределение женщин по семейному положению в зависимости от возраста, Казахстан 1995

Возраст	Семейное положение: Никогда не была замужем	Замужем	Живет вместе	Вдова	Разведена	Не живет вместе	Всего	Кол-во
15-19	86.6	10.8	1.2	0.0	0.5	0.9	100.0	669
20-24	31.8	57.1	4.1	0.3	2.7	3.9	100.0	567
25-29	10.2	79.6	1.9	0.4	5.2	2.6	100.0	521
30-34	4.8	79.1	3.0	3.3	8.7	1.2	100.0	557
35-39	4.2	82.6	2.8	3.5	5.7	1.1	100.0	564
40-44	2.3	80.3	2.8	5.1	8.3	1.2	100.0	537
45-49	2.7	74.2	1.3	10.9	9.5	1.4	100.0	355
Всего	23.5	64.0	2.5	2.9	5.4	1.8	100.0	3,771

Примечание: Цифры могут не составлять в сумме 100 по причине округления.



Две трети женщин в настоящее время проживают совместно (67 процентов замужних и живущих вместе). Несмотря на то, что в целом большинство женщин живут совместно, значительная часть женщин, вступая в двадцатилетний возраст, никогда не были замужем (32 процента среди 20-24-летних женщин никогда не были замужем). Восемьдесят два процента женщин старше 30- тилетнего возраста проживают совместно; 9 процентов разведены или живут отдельно. Как и следовало ожидать, количество женщин - вдов увеличивается с возрастом, достигая 11 процентов среди 45-49 летних женщин.

Зачастую брак является характерным, но не определяющим критерием риска возникновения беременности. В связи с этим в ПМДК тем женщинам, которые не проживают совместно (одна терть от общего числа женщин), задавались вопросы о том, имеют ли они постоянного или случайного полового партнера или вообще не имеют половых партнеров. В таблице 6.2 показано распределение женщин, которые в настоящее время не проживают совместно (как никогда не бывшие замужем, так и когда-либо бывшие замужем) в зависимости от характера текущих половых отношений.

Большинство незамужних женщин (никогда не бывшие замужем или бывшие ранее замужем) сообщили, что они не имеют полового партнера (84 процента). Тем не менее выявлены значимые различия в половой активности в зависимости от социально-биологических факторов. Во всех регионах, за исключением г. Алматы, от 5 до 20 процентов незамужних женщин имеют полового партнера. В г. Алматы этот показатель составил 35 процентов. Вероятность наличия полового партнера возрастает с уровнем образования. В то время как 9 процентов женщин с начальным/средним образованием имеют полового партнера, среди женщин с высшим уровнем образования этот показатель составил 25 процентов. Подобные различия имели место между русскими женщинами и казашками: 9 процентов женщин-казашек и 30 процентов женщин русской национальности имеют полового партнера.

Незамужние женщины, которые когда-либо были в браке (30 процентов незамужних женщин) , вероятно , имели полового партнера в отличие от тех, которые никогда не состояли в

Таблица 6.2 Половая активность незамужних женщин

Процентное распределение незамужних женщин по виду половых отношений и в зависимости от возраста и некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Никогда не бывшие замужем			Вдовы, разведенные, не живущие вместе				
	Постоянный половой партнер	Случайный половой партнер	Нет полового партнера	Постоянный половой партнер	Случайный половой партнер	Нет полового партнера	Всего	Кол-во женщин
Возраст								
15-19	4.4	2.1	92.0	0.7	0.2	0.7	100.0	588
20-24	9.6	5.1	67.4	3.6	2.0	12.3	100.0	220
25-29	7.8	4.0	43.5	13.0	3.2	28.5	100.0	96
30-34	3.6	0.5	22.5	24.1	7.3	42.0	100.0	100
35-39	1.3	5.7	21.8	19.7	2.6	48.8	100.0	82
40-44	0.0	1.9	11.5	7.9	1.5	77.2	100.0	91
45-49	3.1	0.0	7.7	3.7	7.4	78.0	100.0	87
Местожительство								
Город	7.1	3.7	54 2	8.0	2.7	24.3	100.0	735
Село	1.8	1 4	73.8	3 2	1.1	18.8	100.0	529
Регион								
г.Алматы	8.2	5 7	41.4	14.3	6.6	23.8	100 0	108
Южный	0.4	1 7	75.1	2.6	0.0	20.2	100.0	395
Западный	5.7	1.3	64.4	4.3	2.1	22.3	100 0	179
Центральный	6.8	1 2	62.8	7.5	3.4	18.3	100.0	124
Северо-Восточный	7 2	3.8	55.5	7.1	2 3	24.1	100 0	458
Образование								
Начальное/среднее	1 9	1.8	74.0	5.0	0 3	16.9	100.0	583
Средне-специальное	6.8	2 5	52.5	5.7	3.8	28.7	100 0	461
Высшее	8 7	5.6	52.5	8 9	2.9	21.4	100.0	220
Национальность								
Казашки	2.0	2.0	73.6	3.7	0.8	17.9	100.0	632
Русские	10.6	3.9	46.1	10.6	5.1	23.6	100.0	378
Другие	3.6	2.7	58.7	4.7	0.4	29.9	100.0	254
Всего	4.9	2.7	62.4	6.0	2.0	22.0	100.0	1,264

браке. Двадцать семь процентов незамужних женщин, бывших ранее в браке, сообщили о своих постоянных или случайных половых партнерах; только 11 процентов женщин, никогда не бывших замужем, имели этих партнеров. В Казахстане выявлена низкая половая активность среди молодых незамужних женщин возрастом 15-19 лет: среди них 7 процентов имели постоянного или случайного полового партнера. Незамужние женщины возрастной группы 30-34 года в 36 процентах случаев имели полового партнера.

6.2 Возраст при первом браке

Брак является важным социальным и демографическим фактором, способствующим предпочтительному отношению к рождению ребенка. Информация о возрасте при первом браке была собрана на основании информации о сроке начала совместной жизни (месяц и год) всех респондентов, когда-либо бывших замужем и живущих со своим супругом. Фактически все женщины сообщили эти сведения.

Как видно из таблицы 6.3, средний возраст вступления в брак составил приблизительно 21 год. В Казахстане половина женщин вступили в брак до 21-летнего возраста.

Таблица 6.3 Возраст при первом браке

Процент женщин, состоявших в первом браке по их точному возрасту вступления в брак и средний возраст при первом браке, Казахстан 1995

Возраст во время исследования	Процент женщин, состоявших в первом браке по их точному возрасту : 15	18	20	22	25	Процент не состоявших в браке	Кол-во женщин	Средний возраст при первом браке
15-19	0.2	НП	НП	НП	НП	86.6	669	a
20-24	0.4	18.5	44.5	НП	НП	31.8	567	a
25-29	0.2	7.2	30.6	60.6	84.8	10.2	521	21.2
30-34	0.4	8.9	33.0	61.1	86.1	4.8	557	21.3
35-39	0.4	9.1	34.9	65.1	81.8	4.2	564	20.9
40-44	0.5	10.0	34.8	63.2	84.7	2.3	537	20.9
45-49	1.3	16.0	40.0	64.1	86.6	2.7	355	20.8
25-49	0.5	9.8	34.3	62.7	84.6	4.9	2,535	21.0

НП = непригодные значения

aПропущено по причине того, что процент женщин в возрастной группе X составляет менее 50 процентов к X+4, состоявших впервые в браке к возрасту X

Возраст вступления в брак может быть также проанализирован путем сравнения суммарного распределения респондентов отдельных возрастных групп по возрасту вступления в брак так, как это показано в таблице 6.3.[1] Несмотря на то, что в ПМДК не было выявлено значительных различий среднего возраста вступления в брак в течение ряда лет, однако было установлено, что вступление в брак в раннем возрасте становится менее превалирующим. Средний возраст является обобщенным показателем, характеризующим возраст, при котором половина населения состоит в браке. Однако некоторые возрастные сдвиги могут и не отражаться на среднем возрасте вступления в брак. К примеру, имеет место неуклонное снижение процента женщин, вышедших замуж к 18-летнему возрасту: с 16 процентов среди 45-49 -летней возрастной группы до 7 процентов в группе женщин 25-29 лет. Однако женщины возрастной группы 20-24 лет не вписываются в данную тенденцию. Молодые женщины предположительно более точно сообщили о сроках вступления в брак, поскольку этот факт имел место не так давно. В целом большинство женщин в Казахстане выходят замуж в пределах ограниченной возрастной группы. Одна треть женщин являются замужними в возрасте 20 лет, а другая треть - в возрасте 22 лет.

---

[1]Для каждой возрастной когорты женщин обобщенные проценты ограничиваются нижней возрастной границей. Например, для когорты возрастной группы 20-24 года, обобщенный процент замужних женщин рассчитывался в отношении 20-летнего возраста.

В таблице 6.4 представлен средний возраст вступления в брак респондентов 25-49 летней возрастной группы в зависимости от некоторых социально-биологических факторов. Для большинства стран возраст вступления в брак повышается с уровнем образования. Для Казахстана колебания среднего возраста вступления в брак в два года имел место в каждой возрастной группе; средний возраст вступления в брак респондентов с высшим уровнем образования (22.6) был на два года больше, чем у женщин с начальным/средним образованием (20.1). Также были обнаружены различия в зависимости от этнической принадлежности. Среди женщин- казашек средний возраст вступления в брак составил (21.7), что на один год старше, чем среди русских женщин (20.5), и это различие неуклонно сохраняется почти на протяжении 20 лет. В целом, несмотря на некоторые различия в возрасте вступления в брак,этот показатель не претерпел существенных изменений на протяжении последних 20 лет.

Таблица 6.4 Средний возраст при первом браке

Средний возраст при первом браке среди женщин 25-49 лет в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст					Для женщин в возрасте 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Местожительство						
Город	20.9	21.3	21.1	21.4	21.0	21.2
Село	21.6	21.2	20.7	20.3	20.4	20 9
Регион						
г.Алматы	21.4	21.3	21.7	21.8	21.8	21.6
Южный	21.2	21.5	20.7	20.4	20.9	21.0
Западный	22.0	21.9	21.4	21.0	20.5	21.5
Центральный	21.8	21.0	21.8	20.8	20.9	21.2
Северо-Восточный	20.7	20.8	20.7	21.1	20.6	20.8
Образование						
Начальное/среднее	20.1	20.2	20.7	20.3	19.2	20.1
Средне-специальное	21.0	21.2	20.7	20.8	21.4	21.0
Высшее	22.5	22.4	22.2	22.8	23.3	22.6
Национальность						
Казашки	22.1	21.8	21.9	21.2	21.5	21.7
Русские	20.5	20.6	20.4	20.7	20.5	20.5
Другие	20.5	20.8	20.6	21.0	20.0	20.7
Всего	21.2	21.3	20.9	20.9	20.8	21.0

Примечание: Средняя для женщин 15-19 лет не была определена, поскольку процент состоявших в браке в возрасте 15 и 20 лет составил менее 50-ти во всех подгруппах, указанных в таблице.

6.3 Возраст при первом половом контакте

Как правило возраст вступления в первый брак соответствует началу половой жизни, вместе с тем, эти два события не всегда могут совпадать. Некоторые женщины вступают в половые отношения раньше вступления в брак, в таких случаях, естественно, процент замужних женщин не будет отражать процент сексуально активных. В ПМДК женщинам задавали вопрос о возрасте при первом половом контакте. Результаты опроса отражены в таблицах 6.5 и 6.6.

Таблица 6.5 Возраст при первом половом контакте

Процент женщин, имевших первый половой контакт по точному возрасту 15, 18, 20, 22, 25 лет и средний возраст при первом половом контакте в зависимости от настоящего возраста, Казахстан 1995

Настоящий возраст	Процент женщин, имевших первый половой контакт по точному возрасту : 15	18	20	22	25	Процент никогда не имевших половых контактов	Кол-во женщин	Средний возраст при первом половом контакте
15-19	1.4	НП	НП	НП	НП	79.5	669	a
20-24	1.1	23.9	52.5	НП	НП	23.6	567	a
25-29	0.3	10.4	38.8	65.9	85.8	7.7	521	20.7
30-34	0.5	11.5	38.2	64.3	86.4	3.2	557	20.9
35-39	0.5	10.6	38.1	66.9	82.1	2.9	564	20.7
40-44	0.5	11.2	38.5	64.1	86.0	1.2	537	20.8
45-49	1.3	17.1	42.0	66.2	89.7	1.2	355	20.6
25-49	0.6	11.8	38.9	65.4	85.7	3.4	2,535	20.8

НП = непригодные значения

.Пропущено по причине того, что процент женщин в возрастной группе X составляет менее 50 процентов к X+4, имевших первый половой контакт к возрасту X

Таблица 6.6 Средний возраст при первом половом контакте

Средний возраст при первом половом контакте среди женщин 25-49 лет в зависимости от настоящего возраста и некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст: 25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Кол-во женщин 25-49 лет
Местожительство						
Город	20.2	20.7	20.7	21.2	20.9	20.7
Село	21.5	21.1	20.8	20.1	20.0	20.8
Регион						
г.Алматы	20.7	20.5	21.1	21.5	21.1	20.9
Южный	21.1	21.5	20.7	20.3	20.8	21.0
Западный	21.7	22.1	21.3	20.9	20.2	21.3
Центральный	21.1	20.8	21.6	20.7	20.7	21.0
Северо-Восточный	19.8	20.0	20.4	21.0	20.4	20.3
Образование						
Начальное/среднее	19.8	19.9	20.6	20.0	19.0	19.9
Средне-специальное	20.6	20.8	20.4	20.6	21.2	20.7
Высшее	21.7	22.2	21.9	22.8	22.9	22.3
Национальность						
Казашки	22.0	21.7	21.9	21.2	21.5	21.7
Русские	19.5	19.8	20.0	20.5	20.3	20.0
Другие	20.2	20.4	20.5	20.7	19.7	20.3
Всего	20.7	20.9	20.7	20.8	20.6	20.8

Примечание: Средняя для когорты респондентов 15-19 и 20-24 лет не была определена, поскольку процент женщин, имевших первый половой контакт к возрасту 15 и 20 лет составил менее 50-ти.

Так же, как и средний возраст вступления в брак, средний возраст первого полового контакта не претерпел существенных изменений с течением времени. Однако сравнение таблиц 6.5 и 6.3 показало, что удельный вес женщин, вступивших в определенном возрасте в первый половой контакт, несколько выше, чем женщин того же возраста, вступивших в брак. К примеру, 34 процента были замужем к 20- летнему возрасту, в то время как 39 процентов женщин к этому возрасту имели первый половой контакт.

В таблице 6.6 представлен средний возраст первого полового контакта в зависимости от возраста и некоторых социально-биологических факторов. Сравнительный анализ данных таблиц 6.4. и 6.6 обнаружил, что ряд существенных различий в возрасте вступления в брак и первого полового контакта относились к категории более молодых женщин. В основном эти женщины имели более высокий уровень образования и проживали в городской местности. Женщины русской национальности 25-29 лет начинали половую жизнь на год раньше вступления в первый брак.

6.4 Сведения о половой активности за последние годы

При неиспользовании методов контрацепции частота половых контактов является непосредственным показателем наступления беременности. В таблице 6.7 отражено процентное распределение женщин по их половой активности в течение четырех недель, предшествовавших ПМДК и по продолжительности воздержания у женщин в зависимости от того, было ли это связано или не связано с недавними родами (послеродовая абстиненция). Женщина считается сексуально активной, если у нее был половой контакт по меньшей мере один раз в течение четырех недель, предшествовавших ПМДК.

В целом 62 процента всех женщин являлись сексуально активными в течение четырех недель, предшествовавших ПМДК. Только у двух процентов женщин имела место послеродовая абстиненция, 15 процентов были сексуально неактивными по причинам, не связанныи с деторождением, и 20 процентов никогда не имели половых контактов. Относительно низкий процент сексуально активных женщин был более характерен для женщин подросткового периода, которые никогда не имели половых контактов, а также для респондентов старше 45 лет. Семьдесят девять процентов женщин 25-39 лет являются сексуально активными. Русские женщины в большей степени проявили половую активность, чем казашки (69 и 57 процентов соответственно).

Неудивительно, что женщины, применяющие методы контрацепции, являются более сексуально активными, чем не использующие их (это различие объясняется и тем фактом, что многие женщины, не использующие методы контрацепции, никогда не имели половых контактов). Не обнаружено существенных различий в половой активности в зависимости от вида применяемого метода контрацепции.

6.5 Послеродовая аменорея, абстиненция и невосприимчивость

Послеродовая аменорея означает интервал времени от родов до восстановления менструаций. В течение этого периода риск возникновения беременности значительно снижается. Продолжительность контрацептивного эффекта в этот период зависит от двух факторов: продолжительности и интенсивности грудного вскармливания, которое подавляет

Таблица 6.7 Половая активность в последнее время

Процентное распределение женщин по их половой активности в течение 4- недель,предшествовавших ПМДК, и сексуально не активных, продолжительность периода абстиненции , послеродовой и не послеродовой в зависимости от некоторых социально-биологических факторов и использования методов контрацепции в настоящем, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы/метод контрацепции	Сексуально активные в теч. посл. 4-х нед.	Сексуально не активные в теч.посл.4-х нед.				Никогда не имели половых контак-тов	Про-пуще-но	Всего	К-во жен-щин
		Послеродовая абстиненция		Непослеродовая абстиненции					
		0-1 года	2+ года	0-1 года	2+ года				
Возраст									
15-19	14.7	1.0	0.0	4.7	0.0	79.5	0.1	100.0	669
20-24	58.6	4.3	0.4	11.1	1.5	23.6	0.5	100.0	567
25-29	75.6	3.4	0.0	10.3	2.1	7.7	0.8	100.0	521
30-34	81.5	1.1	0.2	9.1	4.3	3.2	0.6	100.0	557
35-39	80.3	1.0	0.2	10.0	4.2	2.9	1.5	100.0	564
40-44	73.8	0.6	0.0	11.3	11.3	1.2	1.7	100.0	537
45-49	61.1	0.0	0.0	19.6	16.4	1.2	1.7	100.0	355
Продолжительность брака (лет)									
Никогда не была замужем	7.2	0.6	0.0	5.4	1.8	84.9	0.1	100.0	885
0-4	80.3	6.6	0.3	10.7	0.9	0.0	1.1	100.0	541
5-9	82.0	2.0	0.2	11.1	3.9	0.0	0.8	100.0	564
10-14	83.4	1.1	0.1	9.7	4.8	0.0	0.9	100.0	516
15-19	79.8	0.6	0.2	11.0	7.5	0.0	0.9	100.0	524
20-24	78.6	0.5	0.0	10.7	8.3	0.0	1.9	100.0	443
25-29	66.0	0.0	0.0	19.1	13.4	0.0	1.4	100.0	257
30+	(44.7)	(0.0)	(0.0)	(33.6)	(19.0)	(0.0)	(2.7)	100.0	41
Местожительство									
Город	63.1	1.3	0.1	11.9	5.4	17.5	0.7	100.0	2,133
Село	61.0	2.2	0.1	8.1	4.4	23.1	1.2	100.0	1,638
Регион									
г.Алматы	61.6	1.6	0.3	17.1	5.2	13.7	0.5	100.0	271
Южный	59.8	1.6	0.2	8.1	4.7	24.3	1.3	100.0	1,206
Западный	57.8	1.6	0.0	11.2	5.1	23.2	1.2	100.0	477
Центральный	62.8	1.8	0.2	11.0	3.7	19.2	1.2	100.0	358
Северо-Восточный	65.6	1.7	0.0	10.2	5.3	16.5	0.6	100.0	1,458
Образование									
Начальное/среднее	52.1	1.6	0.3	9.1	5.2	30.7	1.0	100.0	1,380
Средне-специальное	69.0	1.5	0.0	10.5	4.7	13.3	0.9	100.0	1,721
Высшее	65.5	2.3	0.1	11.8	5.1	14.6	0.7	100.0	670
Национальность									
Казашки	56.8	2.1	0.1	8.6	4.9	26.3	1.3	100.0	1,696
Русские	69.3	1.5	0.2	12.1	3.7	12.4	0.8	100.0	1,309
Другие	62.0	1.1	0.1	10.7	7.1	18.7	0.3	100.0	766
Метод контрацепции									
Нет	40.8	2.8	0.2	12.3	7.4	35.1	1.3	100.0	2,140
Таблетки	88.8	0.0	0.0	11.2	0.0	0.0	0.0	100.0	55
ВМС	90.4	0.1	0.0	7.1	2.2	0.0	0.3	100.0	1,054
Презерватив	91.0	0.0	0.0	8.7	0.0	0.0	0.3	100 0	128
Период.воздержание	90.0	0.0	0.0	9.7	0.3	0.0	0.0	100.0	190
Другое	89.9	1.0	0.0	6.4	1.6	0.0	1.2	100.0	204
Всего	62.2	1.7	0.1	10.2	4.9	19.9	0.9	100.0	3,771

Примечание: Цифры, указанные в скобках, основаны на невзвешенных данных по 25-49 женщинам

восстановление овуляции, а также длительности периода воздержания от половых контактов. Те женщины, у которых аменорея, или которые воздерживаются от половых контактов (абстиненция) (может быть присутствие двух факторов одновременно), считаются невосприимчивыми к возникновению беременности.

В таблице 6.8 отражен процент детей, родившихся в течение последних трех лет от матерей, у которых имели место послеродовая аменорея, абстиненция или невосприимчивость, в зависимости от количества месяцев, прошедших с момента родов. Эти распределения основаны на данных к моменту исследования, т.е. отражают количество родов, происшедших за X месяцев с момента исследования, во время которого у матерей все еще имели место аменорея, абстиненция или невосприимчивость. В таблицах 6.8 и 6.9 представлены данные по медиане и средней продолжительности аменорреи, абстиненции и невосприимчивости. Данные по распространенности/ среднему числу случаев отражают количество детей, матери которых были с аменореей (распространенность), деленное на среднемесячное число родов (среднее число случаев). При проведении анализа данные были сгруппированы в трехмесячные интервалы для снижения ошибок.

Таблица 6.8 Послеродовая аменорея, абстиненция и невосприимчивость

Процент родов за 3 -х летний период, предшествовавший ПМДК, среди матерей с послеродовой аменореей, абстиненцией и невосприимчивостью в зависимости от количества месяцев, прошедших со времени родов; медиана и средняя продолжительность, Казахстан 1995

Месяцы со времени родов	Аменорея	Абстиненция	Невосприимчивость	Кол-во родов
<3	89.0	64.7	92.8	59
3-5	50.8	17.0	55.2	58
6-8	26.3	4.5	28.4	69
9-11	28.8	7.5	30.1	66
12-14	17.0	6.4	18.9	79
15-17	15.1	9.3	19.3	67
18-20	2.7	2.7	5.3	64
21-23	0.9	5.8	6.7	77
24-26	4.1	2.9	5.4	69
27-29	0.6	0.6	1.2	71
30-32	0.0	0.0	0.0	51
33-35	2.4	2.4	4.7	72
Всего	18.7	9.7	21.2	803
Медиана	4.6	2.3	5.1	-
Средняя	7.4	4.1	8.3	-
Распространепие/ среднее число случаев [1]	6.6	3.4	7.5	-

[1] Распространение/среднее число случаев заимствовано из эпидемиологии и характеризуется как количество детей, у чьих матерей аменорея (распространение), деленное на среднее количество родов в месяц (число случаев)

Известно, что послеродовая аменорея и послеродовая абстиненция являются по продолжительности достаточно короткими. Однако первая из них несколько длиннее, и, следовательно, является принципиальной детерминантой, характеризующей продолжительность послеродовой невосприимчивости. Почти все женщины (93 процента) не в состоянии забеременеть в течение первых трех месяцев после родов. Однако по истечении этих трех месяцев удельный вес таких женщин резко снижается. После 3-5 месяцев количество этих женщин составляет 55 процентов, хотя у 17 процентов все еще имеет место абстиненция, у 51 процента - аменорея. По истечении 6-8 месяцев количество женщин, невосприимчивых к беременности, составляет лишь одну четвертую часть (28 процентов). Средняя продолжительность аменореи составляет 4,6 месяца, абстиненции - 2.3 месяца и невоприимчивости - 5.1 месяца.

В таблице 6.9 представлена средняя продолжительность послеродовой аменореи, абстиненции и невосприимчивости в зависимости от социально-биологических факторов. Хотя в целом различия были незначительными, средняя продолжительность аменореи проявляла большую вариабельность по сравнению со средней продолжительностью абстиненции. Наиболее существенные различия продолжительности аменореи обнаружены среди женщин, проживающих в Западном регионе, у которых длительность аменореи была на три месяца больше, чем у женщин других регионов. У женщин с высшим уровнем образования, равно как и у женщин русской национальности аменорея на один месяц длиннее, чем у других женщин. Увеличение продолжительности послеродовой абстиненции с повышением уровня образования является единственным существенным различием абстиненции в зависимости от социально-биологических факторов (от 1.6 до 3.4 месяца).

Таблица 6.9 Средняя продолжительность послеродовой аменореи, абстиненции и невосприимчивости в зависимости от социально-биологических факторов

Среднее количество месяцев послеродовой аменореи, послеродовой абстиненции, послеродовой невосприимчивости в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан, 1995

Социально-биологические факторы	Послеродовая аменорея	Послеродовая абстиненция	Послеродовая невосприимчивость	Кол-во родов
Возраст				
< 30	4.2	1.9	4.6	563
30+	4.4	2.3	4.5	241
Местожительство				
Город	4.1	2.0	4.3	339
Село	4.4	2.2	5.1	464
Регион				
г.Алматы	4.5	2.5	9.8	35
Южный	4.8	2.0	5.0	370
Западный	7.3	2.2	7.3	107
Центральный	3.5	2.0	4.5	84
Северо-Восточный	3.6	2.1	3.9	208
Образование				
Начальное/среднее	4.2	1.6	4.9	291
Средне-специальное	4.1	2.2	4.3	383
Высшее	5.0	3.4	5.2	129
Национальность				
Казашки	4.3	2.2	4.7	483
Русские	5.3	2.1	6.7	174
Другие	3.5	1.4	3.5	146
Всего	4.2	2.1	4.6	803

Примечание: Средние основаны на текущем статусе.

6.6 Угасание репродуктивной функции

У женщин старше 30 лет вероятность возникновения беременности с возрастом снижается. Начало угасания репродуктивной функции достаточно трудно определить для каждой женщины, однако его возможно установить для популяции в целом. В таблице 6.10 представлены сведения о двух факторах, способствующих снижению репродуктивной функции женщин старше 30-ти летнего возраста: менопаузе и длительной абстиненции.

Процент женщин с менопаузой включает замужних женщин, которые отвечают следующим критериям: небеременны, нет послеродовой аменореи, менструальный период не восстанавливался в течение шести месяцев, или же они сами ссобщили, что у них менопауза. Выявлено несколько женщин с менопаузой до сорокалетнего возраста. После сорока лет удельный вес женщин с менопаузой увеличивается с возрастом от 8 процентов среди женщин 44-45 лет до 48 процентов в возрастной группе 48-49 лет.

Длительная абстиненция относится к тем женщинам, которые не имели половых контактов в течение трех лет, предшествовавших ПМДК. Следует отметить, что длительная абстиненция среди женщин старших возрастных групп является незначительным фактором снижения рождаемости. Соотношение замужних женщин, не имевших половых контактов за последние три года, не превышает двух процентов, за исключением женщин 48-49 лет, среди которых абстиненция имела место у 6-ти процентов.

Таблица 6.10 Потенциальное снижение риска возникновения беременности

Показатели менопаузы и длительной абстиненции среди группы замужних женщин 30-49 лет в зависимости от возраста, Казахстан 1995

Возраст	Менопауза [1]		Длительная абстиненция [2]	
	Процент	Кол-во	Процент	Кол-во
30-34	2.0	418	0.0	458
35-39	1.4	461	0.0	482
40-41	0.6	162	2.2	165
42-43	3.4	200	0.0	203
44-45	7.5	159	2.2	159
46-47	22.2	108	0.9	108
48-49	48.0	80	6.1	80
Всего	6.1	1,588	0.8	1,654

[1] Процент небеременных, замужних , без аменореи женщин, у которых последние менструации имели место за 6 и более месяцев до проведения ПМДК, или у которых менопауза.
[2] Процент замужних женщин, не имевших половых контактов в течение 3-х лет, предшествовавших ПМДК.

Потенциально более существенными факторами снижения вероятности возникновения беременности, в отличие от абстиненции, являются развод, вдовство и одиночество. Как было показано в таблице 6.1, 15 процентов женщин в возрасте 40-44 года и 22 процента респондентов 45-49 лет являлись вдовами, разведенными или одинокими. Если эти женщины не вступят в повторный брак и останутся сексуально неактивными, то они составят ту категорию женщин, у которых низка вероятность возникновения беременности.

ГЛАВА 7

ОТНОШЕНИЕ К ДЕТОРОЖДЕНИЮ

Кия И. Уайнстайн

Респондентам в ПМДК был задан ряд вопросов, позволяющих оценить их отношение к рождению детей: хотят ли они родить ребенка; как долго они предпочитают ждать до рождения следующего ребенка; если респондент могла бы вернуться к тому времени когда у нее не было детей, то сколько детей она предпочла бы иметь в течение всей своей жизни. Ответы на эти вопросы позволяют количественно оценить отношение респондентов к рождению детей и вкупе с данными по оценке методов контрацепции провести прогноз потребностей в планировании семьи.

7.1 Желание иметь больше детей

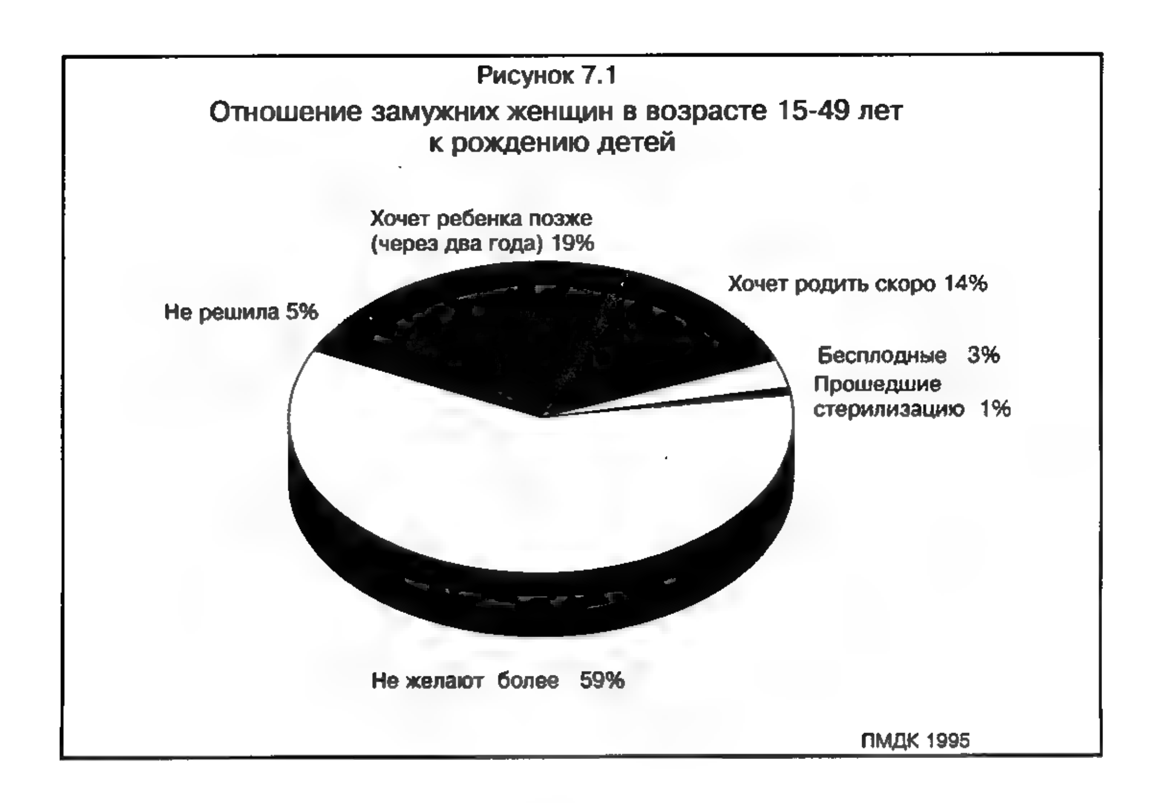
В таблице 7.1 и рис 7.1 показано процентное распределение замужних женщин по их отношению к рождению детей. Большинство женщин не желают более иметь детей (60 процентов). Одна треть женщин желает иметь детей в будущем, хотя половина из них (55 процентов) предпочла бы отложить рождение ребенка на два и более лет. Таким образом, большая часть женщин (79 процентов) хотят либо отложить рождение следующего ребенка, либо прекратить деторождение. Эти женщины потенциально нуждаются в методах планирования семьи.

Таблица 7.1 Отношение к рождению в зависимости от количества детей

Процентное распределение замужних женшин по их желанию иметь детей в зависимости от их количества, Казахстан 1995

Желание иметь детей	Количество имеющихся живых детей [1]							Всего
	0	1	2	3	4	5	6+	
Иметь другого ребенка скоро [2]	75.8	21.2	8.4	6.8	5.7	2.3	0.0	13.7
Иметь другого ребенка позже [3]	7.0	39.4	17.9	9.8	8.0	4.6	2.0	18.6
Иметь другого, но не решила когда	2.9	2.5	1.8	1.0	0.3	0.0	0.0	1.6
Не решила	0.0	4.1	3.2	3.9	2.3	1.3	1.9	3.1
Не хочет иметь более	1.1	28.6	65.7	76.7	81.5	88.7	90.6	59.4
Проведена стерилизация	0.0	0.4	0.8	0.5	0.0	0.7	4.4	0.7
Бесплодие	13.1	3.8	2.1	1.3	2.1	2.5	1.0	2.9
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	134	555	970	410	208	122	108	2,507

[1] Включает текущую беременность
[2] Хочет иметь следующего ребенка в течение 2-х лет
[3] Хочет отложить рождение ребенка на 2 и более года



Как правило соотношение респондентов, желающих родить следующего ребенка, снижается по мере возрастания количества детей, которых они уже имеют. Однако в Казахстане соотношение тех женщин, которые хотели бы отложить рождение ребенка на более поздний срок и желающих прекратить деторождение, неуклонно и быстро возрастает (рис. 7.2). Две трети женщин (68 процентов), имеющих одного ребенка, хотят отложить рождение следующего либо прекратить деторождение, хотя большинство женщин, имеющих одного ребенка, еще желают родить другого; значительная часть женщин, имеющих двоих детей (67 процентов), не хотят иметь больше детей. Соотношение женщин, не желающих иметь более детей, увеличивается с увеличением их количества.

В таблице 7.2 показан быстрый рост количества женщин, желающих прекратить деторождение с увеличением возраста. Большинству женщин, предпочитающих отложить рождение следующего ребенка или ограничить деторождение, минуло только 20 лет. Лишь 23 процента женщин этого возраста хотят родить ребенка в течение следующих двух лет. В то время когда женщины достигают 30-летнего возраста, более половины (57 процентов) не хотят иметь детей, хотя репродуктивный потенциал у них достаточно высок. Три четверти женщин 35-39 лет предпочитают приостановить деторождение.

В таблице 7.3 представлен процент замужних женщин, не желающих более иметь детей в зависимости от количества имеющихся детей и некоторых социально-биологических факторов. Хотя в целом соотношение женщин, не желающих продолжить деторождение, не имеет выраженных различий в зависимости от социально-биологических факторов, тем не менее имеется ряд существенных различий в том, как быстро женщины с разным спектром социально-

Таблица 7.2 Отношение к рождению детей в зависимости от возраста женщины

Процентное распределение замужних женщин по их желанию иметь больше детей в зависимости от возраста, Казахстан 1995

Желание иметь детей	Возраст женщин 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Всего
Иметь другого ребенка скоро [1]	29.7	22.6	20.3	16.5	9.9	6.1	1.6	13.7
Иметь другого ребенка позже [2]	46.3	51.6	32.2	17.7	5.0	1.6	0.3	18.6
Иметь другого, но не решила когда	3.3	2.0	1.6	2.1	2.4	0.6	0.2	1.6
Не решила	2.6	4.5	5.2	4.3	3.3	0.7	0.0	3.1
Не хочет иметь более	18.1	19.2	39.1	55.9	74.4	85.7	90.8	59.4
Проведена стерилизация	0.0	0.0	0.6	0.9	0.4	1.9	0.3	0.7
Бесплодие	0.0	0.1	1.1	2.7	4.7	3.3	6.7	2.9
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	80	347	425	458	482	447	268	2,507

[1] Хочет иметь следующего ребенка в течение 2-х лет
[2] Хочет отложить рождение ребенка на 2 и более года

Таблица 7.3 Желание прекратить деторождение

Процент замужних женщин, желающих прекратить рождение детей в зависимости от количества живых детей и некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Количество живых детей [1] 0	1	2	3	4	5	6+	Всего
Местожительство								
Город	1.3	36.3	73.7	80.1	84.0	(87.2)	*	62.0
Село	0.8	16.3	52.9	74.6	80.2	90.1	95.5	57.6
Регион								
г.Алматы	(0.0)	31.0	74.5	(80.0)	*	*	*	52.0
Южный	(0.0)	8.6	44.7	68.8	74.9	(88.7)	94.1	51.9
Западный	*	30.5	64.8	67.5	79.4	(75.7)	(94.3)	59.6
Центральный	*	33.0	73.9	81.2	(86.4)	(91.3)	*	65.2
Северо-Восточный	*	38.1	75.0	91.0	(92.3)	*	*	66.9
Образование								
Начальное/среднее	(3.9)	29.2	61.6	76.1	75.5	91.8	94.4	62.7
Средне-специальное	0.0	27.7	68.6	81.8	87.5	(86.8)	(100.0)	60.2
Высшее	(0.0)	32.6	67.1	65.6	*	*	*	55.2
Национальность								
Казашки	0.0	12.7	48.6	68.8	78.7	87.6	95.1	54.4
Русские	2.9	38.4	77.2	93.1	*	*	*	64.7
Другие	(0.0)	33.6	70.8	78.5	(83.3)	*	*	63.4
Всего	1.1	29.0	66.5	77.2	81.5	89.4	95.0	60.1

Примечание: Женщин, прошедших стерилизацию следует считать как не желающих иметь более детей. Звездочка указывает, что цифры основаны на менее 25 невзвешанных случаях и могут не учитываться. Скобки указывают на то, что цифры основаны на 25-49 невзвешанных случаях .
[1] Включает текущую беременность.

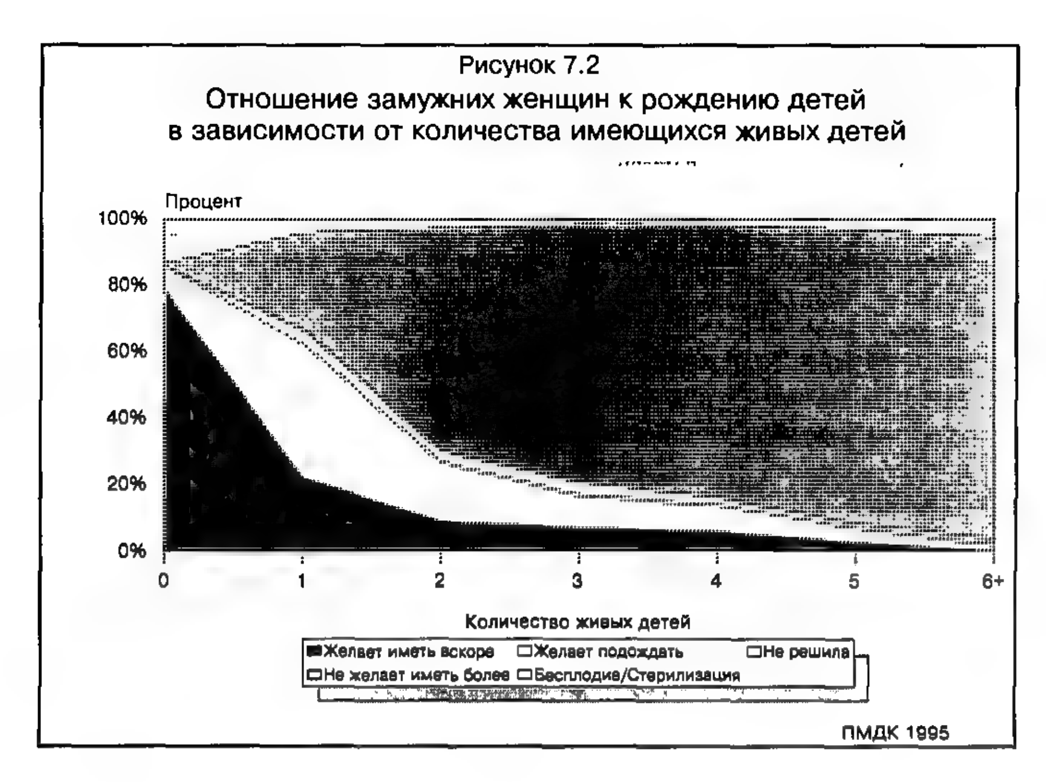


Рисунок 7.2
Отношение замужних женщин к рождению детей в зависимости от количества имеющихся живых детей

биологических факторов приходят к мнению не иметь более детей. Три четверти городских женщин с двумя детьми (74 процента) не хотят иметь больше детей, такое же количество отмечается среди сельских женщин, но имеющих троих детей. Выявлен ряд существенных различий в отношении к рождению в зависимости от регионов. Наиболее значимые различия обнаружены на Юге и Западе республики, где три четверти женщин, имеющих четверых детей, желают прекратить деторождение. При сравнении отношения к рождению в зависимости от этнической принадлежности выявлено, что среди русских респондентов желание прекратить деторождение (и оно возрастает) в зависимости от паритета родов. Семьдесят семь процентов русских женщин с двумя детьми не хотят более иметь детей; подобное соотношение (79 процентов) отмечено среди женщин-казашек лишь при наличии четырех детей. Не обнаружено выраженной связи между желанием женщин иметь детей и уровнем образования.

7.2 Потребность в планировании семьи

К респондентам, потенциально нуждающимся в планировании семьи, относятся женщины, желающие отложить рождение следующего ребенка на определенное время или прекратить деторождение совсем. Те женщины, которые желают отложить рождение следующего ребенка или прекратить деторождение и не использующие методы контрацепции, относятся к той категории женщин, чьи *потребности в планировании семьи не реализованы.* Как правило у респондентов, применяющих методы контрацепции, *потребность в методах планирования семьи реализована.* Количество женщин с реализованными и нереализованными потребностями в методах контрацепции отражает *общий объем потребностей в методах контрацепции.* В таблицах 7.4.1, 7.4.2 и 7.4.3 представлены данные по нереализованным, реализованным и общему объему потребностей в методах планирования семьи с учетом предназначения методов контрацепции: для откладывания сроков рождения ребенка или прекращения деторождения. Результаты представлены для замужних, незамужних и всех женщин.

Таблица 7.4.1 Потребность в службах планирования семьи среди замужних женщин

Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи, с реализованными потребностями и общей потребностью в них, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов,Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Нереализванные потребности в методах планирования семьи [1]			Реализованные потребности в методах планирования семьи [2]			Общая потребность в методах планирования семьи			Процент удовлетворенной потребности	Кол-во женщин
	Перенос срока рождения	Ограничение рождений	Всего	Перенос срока рождения	Ограничение рождений	Всего	Перенос срока рождения	Ограничение рождений	Всего		
Возраст											
15-19	16.5	3.4	20.0	26.5	5.0	31.5	43.0	8.4	51.4	61.2	80
20-24	11.1	5.3	16.4	37.5	9.6	47.0	48.6	14.9	63.5	74.1	347
25-29	5.5	6.9	12.3	34.8	26.2	61.0	40.3	33.1	73.3	83.2	425
30-34	3.2	6.2	9.4	26.2	45.5	71.7	29.4	51.7	81.2	88.4	458
35-39	1.2	12.3	13.5	11.8	57.7	69.5	13.0	70.1	83.0	83.7	482
40-44	0.7	19.3	20.0	4.0	59.4	63.3	4.7	78.7	83.4	76.0	447
45-49	0.2	26.4	26.6	1.1	31.6	32.6	1.2	58.0	59.2	55.1	268
Местожительство											
Город	2.6	12.8	15.5	20.1	41.8	61.9	22.8	54.6	77.3	80.0	1,398
Село	5.6	10.5	16.1	19.4	36.2	55.6	25.0	46.6	71.7	77.6	1,109
Регион											
г.Алматы	4.6	9.2	13.7	26.4	38.0	64.4	31.0	47.2	78.2	82.4	164
Южный	5.8	10.0	15.8	20.5	29.7	50.2	26.3	39.7	66.0	76.0	811
Занадный	4.1	13.4	17.4	17.5	34.4	51.9	21.6	47.7	69.3	74.9	298
Центральный	2.4	10.0	12.4	19.3	46.9	66.2	21.7	56.9	78.6	84.2	235
Северо-Восточный	2.6	13.6	16.3	19.0	46.9	66.0	21.7	60.6	82.2	80.2	1,000
Образование											
Начальное/среднее	5.5	13.1	18.6	14.7	37.1	51.8	20.3	50.2	70.4	73.6	798
Средне-специальное	3.2	11.7	14.9	20.9	41.1	62.0	24.1	52.7	76.8	80.7	1,259
Высшее	3.3	9.8	13.1	25.8	38.2	64.0	29.1	48.0	77.1	83.0	450
Национальность											
Казашки	5.8	10.4	16.2	21.0	32.5	53.5	26.8	42.9	69.7	76.8	1,064
Русские	2.3	12.9	15.1	19.6	45.5	65.1	21.9	58.4	80.2	81.1	930
Другие	3.2	12.7	15.9	17.8	42.1	59.9	21.0	54.7	75.7	79.1	513
Всего	4.0	11.8	15.7	19.8	39.3	59.1	23.8	51.1	74.8	79.0	2,507

[1] Нереализованные потребности *с целью переноса срока рождения* включет потребности беременных женщин, у которых беременность была несвоевременной, женщин с аменореей, чья последняя беременность была несвоевременной, а также женщин, у которых нет аменореи и которые никогда не беременели и не использовали никакого метода планирования семьи, но заявляющих, что хотели бы перенести рождение ребенка на 2 и более года. Также в категорию включены женщины, которые не уверены хотят ли они иметь другого ребенка, и тех, которые хотят, но не решили когда. Нереализованные потребности *с целью ограничения деторождения* относятся к беременным женщинам с нежелаемой беременностью, женщинам с аменореей, у которых последний ребенок был нежелаемым и женщинам, никогда не беременевшим, без аменореи и никогда не использовавшим методы планирования семьи и не желающих иметь больше детей. Из этой категории были исключены женщины с менопаузой и бесплодием.

[2] Использование *с целью переноса* относится к тем женщинам, которые используют какой-либо метод и хотят иметь другого ребенка или не решили, хотят ли они иметь другого ребенка. Использование *с целью ограничения деторождения* относится к тем женщинам, которые используют методы планирования семьи и не хотят иметь более детей. Заметим, что использование специфических методов здесь не учитывается.

Таблица 7.4.2 Потребность в службах планирования семьи среди незамужних женщин

Процент незамужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи, с реализованными потребностями н общей потребностью в них, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов,Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Нереализванные потребности в методах планирования семьи [1]			Реализованные потребности в методах планирования семьи [2]			Общая потребность в методах планирования семьи			Процент удовлетворенной потребности	Кол-во женщин
	Перенос срока рождения	Ограничение рождений	Всего	Перенос срока рождения	Ограничение рождений	Всего	Перенос срока рождения	Ограничение рождений	Всего		
Возраст											
15-19	0.7	0.0	0.7	3.7	0.0	3.7	4.4	0.0	4.4	84.4	588
20-24	0.7	0.0	0.7	14.2	2.1	16.3	14.9	2.1	17.0	95.9	220
25-29	2.3	0.6	2.9	12.7	6.8	19.5	15.0	7.4	22.4	87.1	96
30-34	0.7	2.8	3.5	16.1	17.6	33.7	16.7	20.5	37.2	90.5	100
35-39	0.7	4.7	5.4	7.8	8.5	16.3	8.4	13.2	21.6	75.2	82
40-44	0.0	1.2	1.2	3.0	9.8	12.9	3.0	11.1	14.1	91.2	91
45-49	0.0	1.1	1.1	0.0	15.9	15.9	0.0	17.1	17.1	93.3	87
Местожительство											
Город	1.2	1.1	2.2	9.5	5.3	14.9	10.7	6.4	17.1	87.0	735
Село	0.1	0.3	0.4	3.9	3.6	7.5	4.0	3.9	7.9	95.1	529
Регион											
г.Алматы	1.2	1.6	2.9	17.2	9.4	26.6	18.4	11.1	29.5	90.3	108
Южный	0.0	0.3	0.3	1.3	1.3	2.6	1.3	1.6	2.9	90.0	395
Западный	1.9	1.4	3.3	7.1	3.2	10.3	9.0	4.6	13.6	75.7	179
Центральный	1.7	1.3	3.0	5.7	5.9	11.6	7.4	7.2	14.6	79.2	124
Северо-восточный	0.5	0.5	1.0	10.3	6.6	16.9	10.8	7.1	17.9	94.4	458
Образование											
Начальное/среднее	0.5	0.8	1.3	4.2	2.5	6.7	4.7	3.3	8.0	84.1	583
Средне-специальное	0.8	0.6	1.4	7.9	6.6	14.4	8.7	7.2	15.9	91.0	461
Высшее	1.1	1.0	2.0	13.6	6.2	19.8	14.6	7.2	21.8	90.7	220
Национальность											
Казашки	0.4	0.5	0.9	4.3	3.1	7.4	4.8	3.6	8.4	89.0	632
Русские	1.3	1.4	2.7	13.2	8.4	21.6	14.5	9.8	24.3	88.8	378
Другие	0.5	0.4	0.9	5.3	2.8	8.1	5.8	3.2	9.0	89.8	254
Всего	0.7	0.7	1.5	7.2	4.6	11.8	7.9	5.4	13.3	89.0	1,264

1 Нереализованные потребности *с целью переноса срока рождения* включет потребности беременных женщин, у которых беременность была несвоевременной, женщин с аменореей, чья последняя беременность была несвоевременной, а также женщин, у которых нет аменореи и которые никогда не беременели и не использовали никакого метода планирования семьи, но заявляющих, что хотели бы перенести рождение ребенка на 2 и более года. Также в категорию включены женщины, которые не уверены хотят ли они иметь другого ребенка, и тех, которые хотят, но не решили когда. Нереализованные потребности *с целью ограничения деторождения* относятся к беременным женщинам с нежелаемой беременностью, женщинам с аменореей, у которых последний ребенок был нежелаемым и женщинам, никогда не беременевшим, без аменореи и никогда не использовавшим методы планирования семьи и не желающих иметь больше детей. Из этой категории были исключены женщины с менопаузой и бесплодием.

2 Использование *с целью переноса* относится к тем женщинам, которые используют какой-либо метод и хотят иметь другого ребенка или не решили, хотят ли они иметь другого ребенка. Использование *с целью ограничения деторождения* относится к тем женщинам, которые используют методы планирования семьи и не хотят иметь более детей. Заметим, что использование специфических методов здесь не учитывается.

Таблица 7.4.3 Потребность в службах планирования семьи среди всех женщин

Процент замужних женщин с нереализованными потребностями в методах планирования семьи, с реализованными потребностями и общей потребностью в них, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Нереализванные потребности в методах планирования семьи [1]			Реализованные потребности в методах планирования семьи [2]			Общая потребность в методах планирования семьи			Процент удовлетворенной потребности	Кол-во женщин
	Перенос срока рождения	Ограничение рождений	Всего	Перенос срока рождения	Ограничение рождений	Всего	Перенос срока рождения	Ограничение рождений	Всего		
Возраст											
15-19	2.6	0.4	3.0	6.5	0.6	7.1	9.1	1.0	10.1	70.2	669
20-24	7.1	3.2	10.3	28.4	6.7	35.1	35.5	9.9	45.5	77.3	567
25-29	4.9	5.7	10.6	30.7	22.6	53.3	35.6	28.3	63.9	83.4	521
30-34	2.8	5.6	8.4	24.4	40.5	64.9	27.2	46.1	73.3	88.6	557
35-39	1.1	11.2	12.3	11.2	50.6	61.8	12.3	61.8	74.1	83.4	564
40-44	0.6	16.3	16.9	3.8	51.0	54.8	4.4	67.3	71.7	76.5	537
45-49	0.1	20.2	20.4	0.8	27.8	28.5	0.9	48.0	48.9	58.4	355
Местожительство											
Город	2.1	8.8	10.9	16.5	29.2	45.7	18.6	38.0	56.6	80.7	2,133
Село	3.8	7.2	11.0	14.4	25.7	40.1	18.2	32.9	51.1	78.4	1,638
Регион											
г.Алматы	3.3	6.2	9.4	22.8	26.7	49.4	26.0	32.8	58.9	84.0	271
Южный	3.9	6.8	10.7	14.2	20.4	34.6	18.1	27.2	45.3	76.3	1,206
Западный	3.2	8.9	12.1	13.6	22.7	36.3	16.8	31.5	48.4	75.0	477
Центральный	2.2	7.0	9.2	14.6	32.8	47.4	16.8	39.8	56.5	83.8	358
Северо-Восточный	2.0	9.5	11.5	16.3	34.3	50.6	18.2	43.8	62.0	81.5	1,458
Образование											
Начальное/среднее	3.4	7.9	11.3	10.3	22.5	32.8	13.7	30.4	44.1	74.4	1,380
Средне-специальное	2.6	8.7	11.3	17.4	31.8	49.2	20.0	40.5	60.5	81.4	1,721
Высшее	2.6	6.9	9.5	21.8	27.7	49.5	24.3	34.7	59.0	83.9	670
Национальность											
Казашки	3.8	6.7	10.5	14.8	21.6	36.3	18.6	28.3	46.8	77.6	1,696
Русские	2.0	9.5	11.5	17.7	34.8	52.5	19.7	44.3	64.0	82.0	1,309
Другие	2.3	8.6	10.9	13.7	29.1	42.7	16.0	37.7	53.7	79.7	766
Всего	2.9	8.1	10.9	15.6	27.7	43.3	18.4	35.8	54.2	79.8	3,771

[1] Нереализованные потребности *с целью переноса срока рождения* включет потребности беременных женщин, у которых беременность была несвоевременной, женщин с аменореей, чья последняя беременность была несвоевременной, а также женщин, у которых нет аменореи и которые никогда не беременели и не использовали никакого метода планирования семьи, но заявляющих, что хотели бы перенести рождение ребенка на 2 и более года. Также в категорию включены женщины, которые не уверены хотят ли они иметь другого ребенка, и тех, которые хотят, но не решили когда. Нереализованные потребности *с целью ограничения деторождения* относятся к беременным женщинам с нежелаемой беременностью, женщинам с аменореей, у которых последний ребенок был нежелаемым и женщинам, никогда не беременевшим, без аменореи и никогда не использовавшим методы планирования семьи и не желающих иметь больше детей. Из этой категории были исключены женщины с менопаузой и бесплодием.

[2] Использование *с целью переноса* относится к тем женщинам, которые используют какой-либо метод и хотят иметь другого ребенка или не решили, хотят ли они иметь другого ребенка. Использование *с целью ограничения деторождения* относится к тем женщинам, которые используют методы планирования семьи и не хотят иметь более детей Заметим, что использование специфических методов здесь не учитывается.

У шестнадцати процентов замужних женщин в Казахстане потребность в планировании семьи оказалась нереализованной, из них у 4 процентов с целью откладывания рождения ребенка на более поздний срок, у 12 процентов - прекращения деторождения (таблица 7.4.1). Вместе с 59 процентами замужних женщин, использующих методы контрацепции, общая потребность в методах планирования семьи определена для большинства (три четверти) замужних женщин в Казахстане. Несмотря на то, что уровень использования контрацепции достаточно высок, если бы все замужние женщины, желающие отложить рождение ребенка или прекратить деторождение, использовали методы контрацепции, их применение возросло бы с 59 до 75 процентов.

В целом нереализованная потребность в методах контрацепции в зависимости от возраста имеет U-образный характер: убывая с возрастом, достигает наименьших значений в группе женщин 30-34 лет, затем вновь увеличивается. Этот характер отражает тот факт, что нереализованная потребность с целью откладывания рождения ребенка на более поздний срок снижается с возрастом, в то время как с целью прекращения деторождения увеличивается, определяя характер потребности в методах контрацепции в зависимости от возраста.

Анализ результатов, отраженных в таблице 7.4.1, свидетельствует о том, что нереализованная потребность среди замужних женщин не имеет ярко выраженных различий в зависимости от местожительства, региона, образования и этнической принадлежности (см. рисунок 7.3.).

Среди незамужних женщин, у которых общие потребности в планировании семьи достаточно низкие (13 процентов), процент реализованной потребности в методах контрацепции относительно высок. Уровень нереализованной потребности среди незамужних женщин был очень низким (1.5 процента).

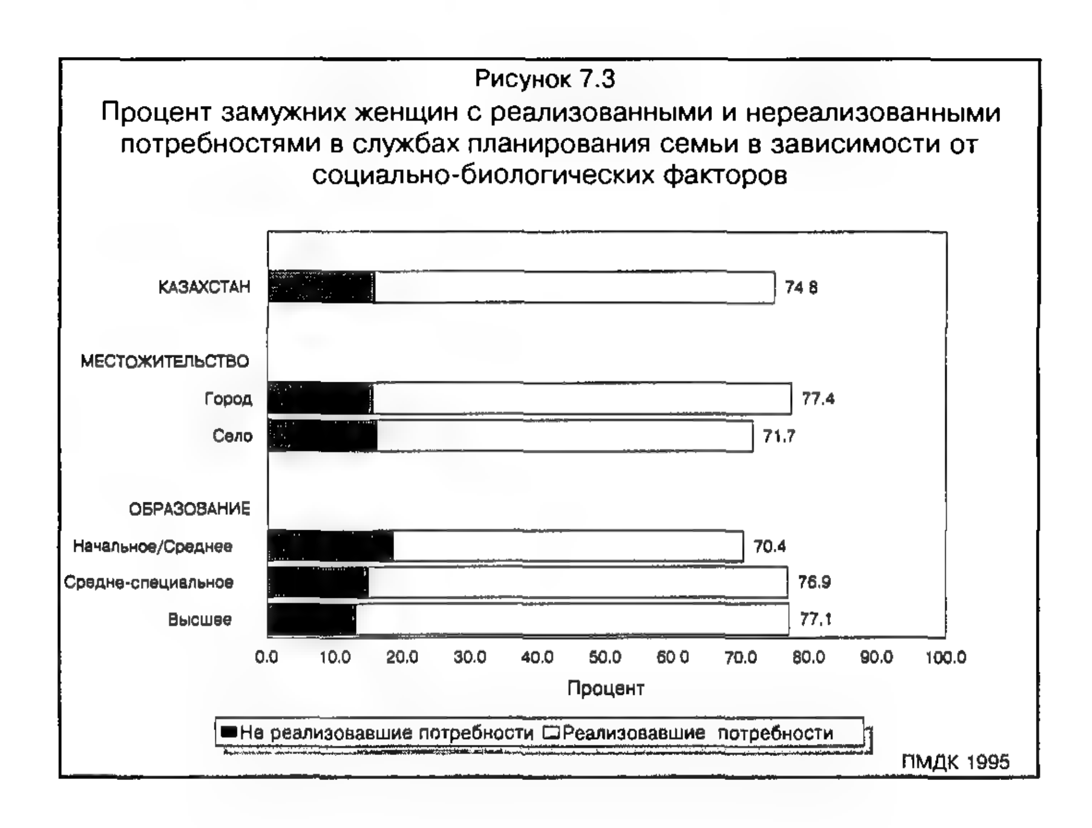


Рисунок 7.3
Процент замужних женщин с реализованными и нереализованными потребностями в службах планирования семьи в зависимости от социально-биологических факторов

7.3 Идеальный размер семьи

В предыдущих разделах уровень рождаемости рассматривался с учетом настоящих размеров семьи респондента. В дополнение к этому в ПМДК респонденту задавали вопрос о том, сколько бы она предпочла иметь детей, если бы смогла вернуться к тому периоду жизни, когда у нее не было детей. Этот вопрос задается с целью выяснения *идеального* количества детей, независимо от фактического количества детей, имеющихся у респондента. Обычно прослеживается корреляция между идеальным и фактическим количеством детей в семье, поскольку женщины, желающие иметь большие семьи, всячески содействуют этому. Как правило женщины в состоянии регулировать размеры семьи прежде, чем размеры ее будут возрастать.

В таблице 7.5 показано процентное распределение всех женщин в зависимости от количества детей, которое они хотели бы иметь в идеале, с учетом фактического количества имеющихся детей.

Таблица 7.5 Желаемое и фактическое количество детей

Процентное распределение всех женщин в зависимости от желаемого количества детей и среднее желаемое количество детей среди всех и замужних женщин с учетом количества имеющихся детей, Казахстан 1995

Желаемое количество детей	Количество имеющихся детей [1]							
	0	1	2	3	4	5	6+	Всего
0	0.4	0.6	0.5	0.4	1.0	0.0	0.0	0.5
1	6.8	8.2	3.4	2.7	1.9	2.3	1.8	5.0
2	49.5	49.1	46.3	16.5	19.1	8.0	9.6	40.0
3	25.7	26.0	29.0	38.9	7.3	8.6	3.6	25.9
4	10.1	7.2	12.1	24.4	38.1	13.5	16.9	13.8
5	2.3	4.0	4.7	8.5	13.6	47.8	8.6	6.5
6+	1.5	1.4	1.2	5.0	13.5	12.2	44.2	4.3
Не определено желаемое количество детей	3.7	3.4	2.8	3.6	5.4	7.7	15.3	4.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	1,052	710	1,083	451	221	129	124	3,771
Все женщины:								
Среднее идеальное кол-во [2]	2.5	2.5	2.7	3.4	4.0	4.7	5.5	2.9
Число женщин	1,014	686	1,053	435	209	119	105	3,621
Замужние женщины:								
Среднее идеальное кол-во [2]	2.6	2.5	2.7	3.4	4.0	4.7	5.6	3.1
Число женщин	133	543	941	395	197	113	92	2,415

[1] Включают настоящую беременность.
[2] Средние исключают женщин, не давшие определенного ответа о количестве детей

Прослеживается четкая корреляция между идеальным и фактическим количеством детей. Среди женщин, имеющих более одного ребенка, количество детей, сообщенное как идеальное обычно совпадает с фактическим. Таким образом, среднее идеальное количество детей неуклонно возрастает с фактическим количеством детей. Среднее идеальное количество детей возрастает с 2.5 среди бездетных женщин до 5.5 среди женщин с шестью или более детьми. Среди женщин, имеющих 5 и более детей, среднее идеальное количество детей меньше фактического.

В таблице 7.6 показано среднее идеальное количество детей среди всех женщин в зависимости от возраста и некоторых социально-биологических факторов. Учитывая четкую корреляцию между показателями идеального и фактического количества детей, данные этой таблицы должны быть интерпретированы с некоторой осторожностью. В целом среднее идеальное количество детей постепенно увеличивается с возрастом респондентов, хотя это увеличение не настолько выражено в зависимости от паритета родов. Независимо от возраста женщины Южного региона сообщили о самом высоком идеальном количестве детей по сравнению с респондентами других регионов. Женщины казахской национальности и респонденты, проживающие в сельской местности, в идеале желают иметь наибольшее количество детей. Причем это желание увеличивается с возрастом и превышает среднее идеальное количество детей. Те женщины, у которых наиболее низкий уровень фактической рождаемости, выразили почти единое мнение о количестве, которое они считают идеальным.

Таблица 7.6 Среднее желаемое количество детей в зависимости от социально-биологических факторов

Среднее желаемое количество детей для всех женщин, в зависимости от возоаста и некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Возраст женщин							Всего
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Местожительство								
Город	2.3	2.5	2.6	2.8	2.8	2.9	2.8	2.7
Село	2.8	2.9	3.3	3.4	3.6	3.9	4.3	3.3
Регион								
г.Алматы	2.3	2.5	2.6	2.7	2.6	2.6	2.5	2.5
Южный	2.9	3.2	3.5	3.8	3.9	4.2	4.6	3.6
Западный	2.6	2.7	3.0	3.0	3.1	3.5	3.3	3.0
Центральный	2.3	2.4	2.7	3.0	2.9	3.3	3.3	2.8
Северо-Восточный	2.1	2.3	2.5	2.6	2.6	2.7	2.5	2.5
Образование								
Начальное/среднее	2.5	2.7	3.3	3.6	3.5	3.6	3.7	3.1
Средне-специальное	2.5	2.7	2.9	3.0	2.8	3.1	3.1	2.9
Высшее	(2.4)	2.7	2.6	2.9	3.0	2.8	3.0	2.8
Национальность								
Казашки	2.8	3.0	3.3	3.5	3.8	4.1	4.3	3.4
Русские	2.0	2.3	2.4	2.5	2.4	2.6	2.5	2.4
Другие	2.6	2.3	2.8	3.1	2.9	2.9	3.2	2.8
			2.9					
Всего	2.5	2.7		3.1	3.1	3.2	3.3	2.9

Примечание: цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешанных случаях

7.4 Желаемая и нежелаемая рождаемость

Существует два способа оценки уровня нежелаемой рождаемости по данным ПМДК. Один из них основывается на сообщениях респондентов о желаемости недавно родившихся детей. По каждому ребенку, родившемуся в течение трех лет, предшествовавших ПМДК, и по каждой текущей беременности женщинам задавался вопрос : в то время, когда она была беременна, хотела ли она этой беременности тогда (запланированная), или хотела несколько позже (несвоевременная), или вообще не желала ее (нежелаемая). Эти сведения могут привести к

недооценке незапланированного деторождения, поскольку женщины могут ретроспективно заявить о нежелаемой беременности, как запланированной тогда, когда ребенок уже родился. Другой способ оценки нежелаемой рождаемости заключается в сборе данных об идеальном размере семьи, на основе которых можно вычислить тот коэффициент общей рождаемости, в котором были бы вычтены нежелаемые рождения. Этот способ так же не лишен недостатков, связанных с тем, что женщины, как правило не указывают идеальное количество детей, которое было бы ниже фактического. Тем не менее исследование этих двух подходов позволяет по меньшей мере вычислить минимальный уровень нежелаемой рождаемости.

В таблице 7.7 показано процентное распределение всех родов в течение трех лет, предшествовавших ПМДК (и текущие беременности), в зависимости от того, были ли они желаемыми тогда, позже или нежелаемыми совсем. В целом 16 процентов родов за последний трехлетний период оказались незапланированными: 8 процентов - преждевременными (желаемыми позже) и 8 процентов вообще нежелаемыми. Удельный вес нежелаемых родов возрастает с увеличением количества имеющихся детей. Каждые пятые (22 процента) из родов, состоявшихся четвертыми по счету, относились к данной категории. Женщины более старшей возрастной категории чаще сообщали о том, что они не хотели бы иметь больше детей.

Таблица 7.7 Планирование деторождения

Процентное распределение родов в течение трех лет, предшествовавших исследованию и текущих беременностей в зависимости от планирования деторождения с учетом паритета родов и возраста матери, Казахстан 1995

Паритет родов и возраст матери	Планирование сроков деторождения: Желала тогда	Желала позже	Не желала	Всего	Кол-во родов
Паритет родов					
1	91.7	7.1	1.3	100.0	370
2	81.7	12.5	5.8	100.0	289
3	80.7	5.7	13.6	100.0	144
4+	71.9	6.1	22.0	100.0	149
Возраст при родах					
< 19	85.5	10.8	3.7	100.0	128
20-24	83.5	11.6	4.9	100 0	352
25-29	88.3	4.2	7.5	100.0	260
30-34	80.4	9.5	10.1	100.0	128
35-39	74.9	3.0	22.1	100.0	68
40-44	*	*	*	*	16
Всего	83.9	8.4	7.7	100.0	952

Примечание: Паритет родов включает настоящую беременность. Звездочка указывает, что цифры основаны на менее 25 случаев родов и поэтому могут быть исключены

В таблице 7.8. представлены коэффициенты "желаемой" рождаемости. Желаемая рождаемость представляет уровень рождаемости, который имел бы место в течение трех лет, предшествовавших ПМДК, если бы все нежелаемые роды были предупреждены. Нежелаемое количество родов - это то фактическое количество родов, которое превышает идеальное количество, названное респондентом. Уровень желаемой рождаемости вычисляется аналогичным способом, как и коэффициент общей рождаемости, но при этом нежелаемые роды исключаются из числителя. Небольшая часть женщин, не высказавших численного ответа на вопрос об относительно идеальном количестве детей, относились к той категории, которые полагают, что все роды у них желаемы. Сравнительный анализ общего уровня желаемой и фактической рождаемости может отражать эффект исключения нежелаемых родов.

Таблица 7.8 Показатели желаемой рождаемости

Показатели общей желаемой и общей фактической рождаемости за трехлетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Общая желаемая рождаемость	Общая фактическая рождаемость
Местожительство		
Город	1.9	2.0
Село	2.8	3.1
Регион		
г.Алматы	(1.4)	(1.5)
Южный	(3.3)	(3.4)
Западный	(2.4)	(2.7)
Центральный	(2.4)	(2.7)
Северо-Восточный	(1.7)	(1.8)
Образование		
Начальное/среднее	2.7	2.9
Средне-специальное	2.2	2.4
Высшее	(1.9)	(2.0)
Национальность		
Казашки	2.9	3.1
Русские	1.6	1.7
Другие	(2.2)	(2.4)
Всего	2.3	2.5

Примечание: Показатели основаны на родах женщин в возрасте 15-49 лет в течение 1-36 месяцев, предшествовавших исследованию. Аналогичные показатели общей рождаемости отражены в таблице 3.2. Значения в скобках указывают, что один и более составляющих повозрастных коэффициентов основаны на менее чем 250 женщина-лет

Как уже сообщалось выше, выявлена тесная корреляция между идеальным и фактическим размером семьи и не обнаружено значительных различий в уровнях желаемой и фактической рождаемости в Казахстане. Уровень желаемой рождаемости оказался только на 0.2 ребенка ниже фактического, причем особых различий в зависимости от социально-биологических факторов не выявлено.

ГЛАВА 8

МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Джереми М.Салливан

8.1 Общая характеристика и качество данных

В настоящей главе представлена информация о смертности среди детей в возрасте до пяти лет. Представленные коэффициенты смертности несут в себе информацию об уровнях и тенденциях смертности за определенные периоды времени и некоторых различиях между отдельными группами населения.

В данной главе представлены следующие показатели смертности:

- **Неонатальная смертность (НС)**: вероятность наступления смерти в течение первого месяца жизни,
- **Постнеонатальная смертность (ПНС)**: арифметическая разница между младенческой и неонатальной смертностью,
- **Младенческая смертность ($_1q_0$)**: вероятность наступления смерти на первом году жизни,
- **Детская смертность ($_4q_1$)**: вероятность наступления смерти в возрастном промежутке от года до пяти лет.
- **Смертность до пяти лет ($_5q_0$)**: вероятность смерти с момента рождения до наступления пятилетнего возраста.

Все коэффициенты рассчитываются на 1000 родившихся, за исключением детской смертности, которая рассчитывается на 1000 выживших к первому году жизни.

Уровни смертности оценивались из информации, собранной в индивидуальной анкете женщины (Раздел 2- История беременностей). В ПМДК сбор информации о репродуктивном опыте женщины (исходы беременности) проводился на основе международных критериев. К живорожденным относили всех родившихся живыми, независимо от продолжительности беременности, при наличии любых признаков жизни: дыхания, сердцебиения, произвольного сокращения мышц. Младенческая смертность - смертность младенцев, родившихся живыми, до наступления одного года (United Nations, 1992).

История беременности анкеты ПМДК включает вопросы о каждой из беременностей, имевших место в течение всей жизни женщины. По каждому случаю рождения живого ребенка женщине задавали вопросы о месяце, годе рождения, поле ребенка, статусе выживания и настоящем возрасте (если ребенок жив) или возрасте смерти (для умерших детей).

Точность коэффициентов смертности, вычисляемых из данных, собираемых в Истории беременностей, зависит от вариабельности выборки, а также от ошибок, не связанных с выборкой (т.е. полноты и точности, с какой были сообщены и записаны данные о родившихся и умерших). Вариабельность выборки обсуждается в следующем разделе этой главы. Как правило, при ретроспективном сборе данных серьезным источником ошибок, не связанных с выборкой, является неполное информирование респондентами случаев рождения и смерти (United Nations,1982). Такое неполное информирование может привести к недооценке коэффициентов смертности.

Чаще неполное информирование случаев смерти характерно для неонатального периода. Если имеет место факт недоучтенности случаев смерти в раннем неонатальном периоде, то это может привести к искаженно низкому соотношению неонатальной смертности к младенческой. В ретроспективных исследованиях процент недоучтенных случаев ранней младенческой смертности обычно приходится на более отдаленные во времени случаи. В связи с этим, когда речь идет о качестве данных, характеризующих уровень смертности, следует тщательно анализировать соотношения неонатальной смертности к младенческой в различные ретроспективные периоды времени.

В таблице 8.1 представлены показатели неонатальной и младенческой смертности, полученные по результатам ПМДК. Соотношения неонатальной к младенческой смертности для периодов времени 0-4, 5-9, 10-14 лет, предшествовавших настоящему исследованию, составляли 0.49, 0.44 и 0.42 соответственно. При уровне младенческой смертности около 40 на 1000, в странах, обладающих полными и точными данными по смертности, указанное соотношение находится обычно в пределах 0.50 и 0.60.[1] Соотношения неонатальной к младенческой смертности для Казахстана лишь незначительно ниже данного уровня. Это соотношение тем ниже, чем более отдален ретроспективный период анализа. Следует считать поэтому, что в ПМДК не было сколь значительного недоучета неонатальной смертности.

Таблица 8.1 Младенческая и детская смертность

Уровни младенческой и детской смертности в течение пятилетних периодов, предшествовавших исследованию, Казахстан 1995

Годы, предшест-вовавшие исследо-ванию	Неонаталь-ная смертность (НН)	Постнео-натальная смертность (ПНН)	Младенчес-кая смертность ($_1q_0$)	Детская смертность ($_4q_1$)	Смертность до пяти лет ($_5q_0$)
0-4	19.5	20.1	39.7	6.1	45.5
5-9	18.5	23.2	41.7	8.8	50.1
10-14	18.6	25.6	44.2	9.8	53.6

8.2 Уровни и тенденции смертности в раннем детском периоде

В таблице 8.1 представлены данные по младенческой и детской смертности за периоды времени 0-4, 5-9 и 10-14 лет, предшествовавших ПМДК. За период времени 0-4 года, предшествовавших исследованию (приблизительно, 1990-94 гг.), уровень младенческой смертности составил 40 на 1000 родившихся. Показатели неонатальной и постнеонатальной смертности находились приблизительно на одном уровне - 20 на 1000. Показатель детской смертности (от года до пяти лет) был намного ниже - 6 на 1000. В целом в 1990-1994 годах, уровень смертности детей в возрасте от 0 до 5 лет составил 46 на 1000.

---

[1] Примеры неонатальной и младенческой смертности для Австрии (1959), Канады (1952) и Бельгии (1956) опубликованы в U.N.Demographic Yearbook, 1961; для Кубы (1968), Пуэрто-Рико (1965), Польши (1966) - в U.N.Demographic Yearbook, 1974.

За периоды времени от 10-14 лет до 0-4 лет, предшествовавших исследованию, показатель младенческой смертности снизился с 44 до 40 на 1000 (приблизительно на 10 процентов). Снижение данного показателя связано со снижением постнеонатальной смертности. Темп снижения смертности был более выраженным в возрастном интервале от 1 до 5 лет, при котором показатель смертности снизился приблизительно на 38 процентов,- с 10 до 6 на 1000 за 10- летний период времени.

Статистическая выборка, на основе которой рассчитывались показатели младенческой и детской смертности в ПМДК, была представлена 3771 женщиной и характеризовалась определенной вариабельностью. Следует отметить, что для показателя младенческой смертности 40 на 1000 в период времени 0-4 лет, предшествовавших исследованию, доверительный интервал составил 95 процентов. Это означает, что реальный показатель младенческой смертности в Казахстане может колебаться в диапазоне от 28 до 51 на 1000 (См. Приложение В).

8.3 Показатели младенческой смертности по данным Министерства здравоохранения Казахстана

В Казахстане накоплен достаточно большой опыт по сбору медико-демографической информации на основе регистрационной системы (см. Раздел 1.4). Эта система в частности предназначена для сбора информации о случаях смерти. Данная информация первоначально поступает в областные управления статистики и здравоохранения, а затем - в Госкомстат и Министерство здравоохранения РК.

Принципы и критерии регистрации живорождений и учета младенческой смертности, установленные еще в бывшем Советском Союзе, заключаются в следующем. Беременность, завершившаяся при сроке менее 28 недель (весом ребенка менее 1000 г, длиной менее 35 см) считалась недоношенной и классифицировалась как поздний выкидыш. Только в случае выживания преждевременно родившегося ребенка в течение 7 дней, он рассматривался как живорожденный. Исход беременности, завершившейся в 28 и более недель, классифицировался как живорождение при наличии дыхания и как мертворождение - при отсутствии дыхания. Таким образом, некоторые случаи, которые классифицировались как поздние выкидыши в официальной статистике Казахстана, могли бы быть расценены как случаи живорождения или младенческой смертности согласно критериям ВОЗ, которые были взяты за основу в ПМДК.

Официальная статистика по младенческой смертности публикуется в ежегодных статистических сборниках Министерства здравоохранения (МЗ). Данные МЗ также публикуются в ежегодных статистических сборниках Госкомстата.[2]

В таблице 8.2 и рисунке 8.1 представлены показатели младенческой смертности по данным МЗ и ПМДК за 1980-84, 1985-89 и 1990-94 гг. По результатам ПМДК выявлено снижение уровня смертности с 44 до 40 на 1000. По данным МЗ РК показатель снизился с 32 до 27 на 1000. Независимо от источника, оба показателя свидетельствуют об общей тенденции к снижению: на 10 процентов по ПМДК и 15 процентов по данным МЗ РК. Однако, наиболее существенной особенностью является то, что все показатели МЗ РК приблизительно на 30 процентов ниже по сравнению с показателями ПМДК.

---

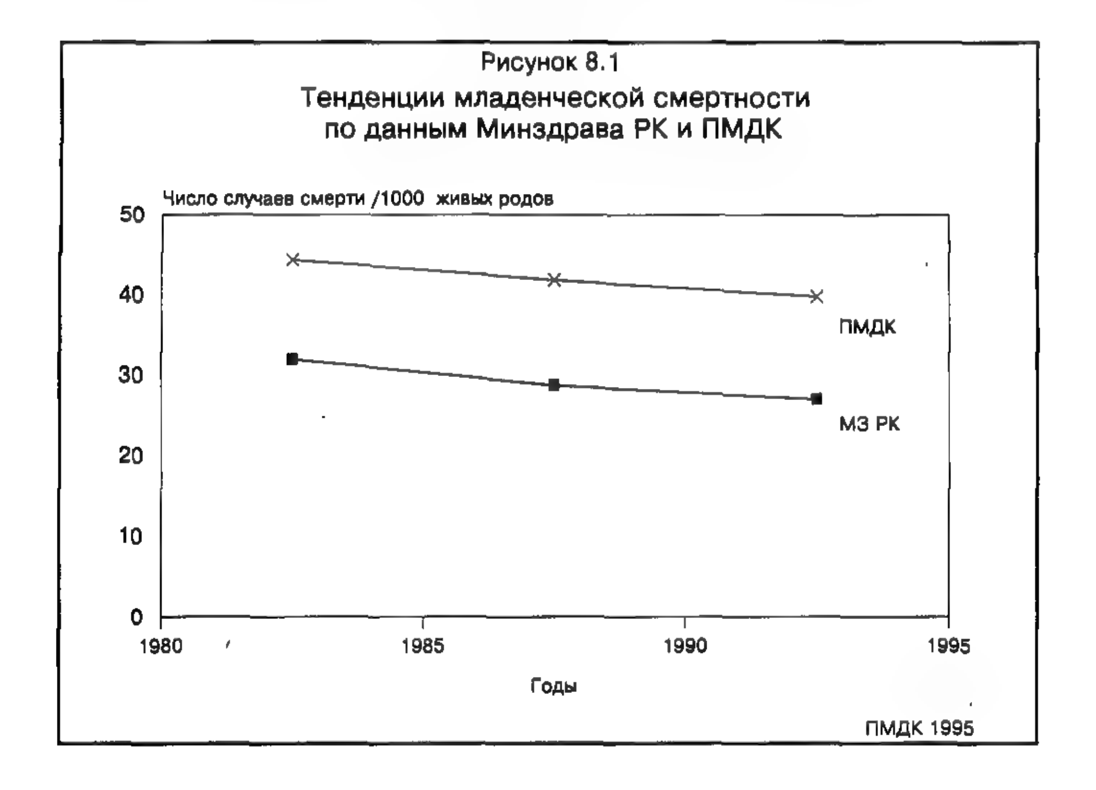
[2]Следует отметить, что уровни смертности по данным МЗ РК и Госкомстата представляются как на общенациональном уровне, так и в отдельности для 19 областей и г. Алматы.

Таблица 8.2 Сравнение показателей младенческой смертности

Показатели младенческой смертности по данным Министерства здравоохранения и ПМДК

Источник	Период времени 1980-84	1985-89	1990-94	Процент снижения
ПМДК	44.2	41.7	39.7	10
Министерство здравоохранения	31.9	28.7	27.0	15

Источники: Church и Koutanev, 1995 и Министерство здравоохранения, 1995



Нет никаких сомнений в том, что данные МЗ РК были бы несколько выше, если бы в Казахстане придерживались международных критериев живорожденности и детской смертности. Однако при сравнении показателей смертности необходимо учитывать вариабельность статистической выборки в ПМДК. Нижняя граница доверительного интервала младенческой смертности по данным ПМДК составляет 28 на 1000, что соответствует индексу младенческой смертности по данным МЗ РК. Таким образом, неясно, обусловлены ли различия в показателях смертности разными критериями оценки, вариабельностью выборки или другими проблемами, возникшими при сборе данных в ПМДК или в регистрационной системе МЗ РК.

8.4 Социально-биологические различия показателей младенческой и детской смертности

В таблице 8.3 и рисунке 8.2 показаны различия в уровнях младенческой и детской смертности в зависимости от местожительства, уровня образования и этнической принадлежности матери. Показатели были оценены для различных подгрупп населения за десятилетний период, предшествовавший ПМДК.

Таблица 8.3 Младенческая и детская смертность в зависимости от социально-биологических факторов

Уровни младенческой и детской смертности в течение десятилетнего периода, предшествовавшего исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность (ПНН)	**Младенческая смертность ($_1q_0$)**	Детская смертность ($_4q_1$)	**Смертность до пяти лет ($_5q_0$)**
Местожительство					
Город	26.3	12.9	39.2	4.3	43.3
Село	13.2	28.9	42.1	10.2	51.9
Образование					
Начальное/среднее	18.9	23.2	42.0	8.4	50.1
Средне-специальное	18.5	21.9	40.3	6.2	46.3
Высшее	20.7	18.4	39.1	8.9	47.7
Национальность					
Казашки	15.3	29.7	45.1	10.0	54.6
Русские	29.7	2.9	32.5	5.5	37.9
Другие	16.0	22.6	38.7	3.4	42.0
Всего	19.0	21.8	40.7	7.4	47.9

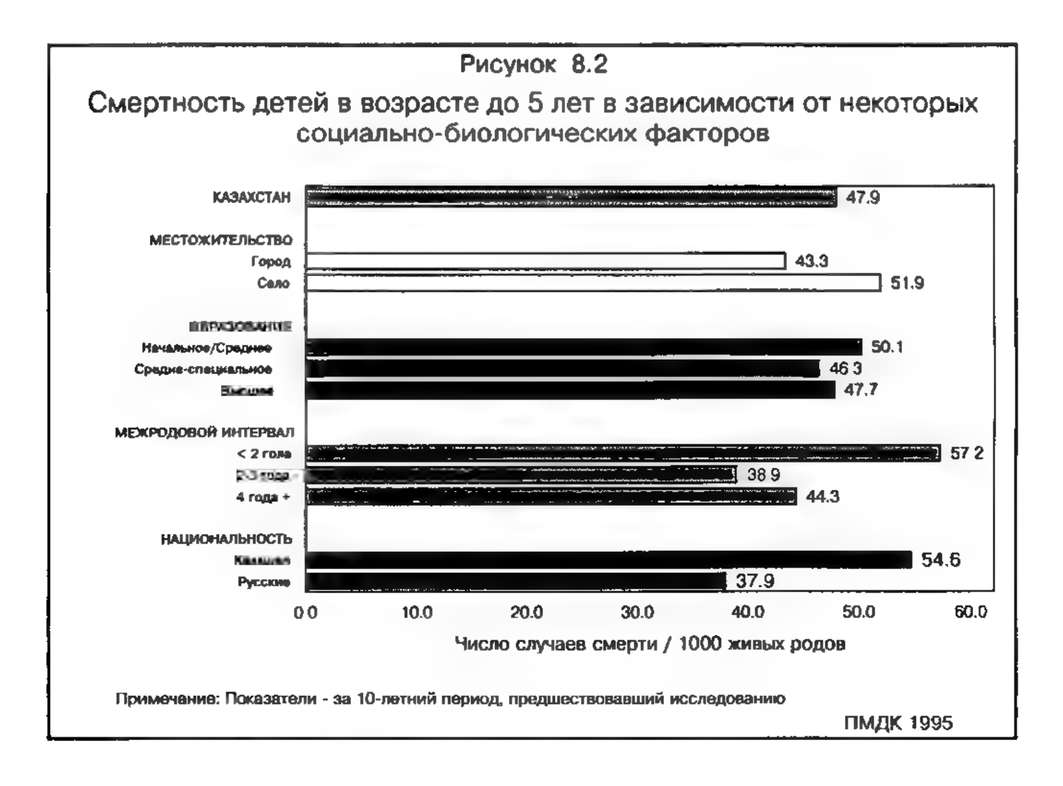


Рисунок 8.2
Смертность детей в возрасте до 5 лет в зависимости от некоторых социально-биологических факторов

Было выявлено, что смертность до пяти лет значительно выше в сельской местности (52 на 1000) по сравнению с городской (43 на 1000), и что наиболее значительные изменения обнаружены в возрастном интервале от одного года до четырех лет. С другой стороны, показатели смертности в зависимости от уровня образования матери существенно не различались и колебались от 39 до 42 на 1000 для младенческой смертности и от 46 до 50 - для детской.

Наиболее выраженные различия в показателях ранней младенческой смертности были выявлены в зависимости от этнической принадлежности матери. Так для детей, родившихся от матерей русской национальности, был характерен самый низкий уровень как младенческой, так и детской смертности до пяти лет (33 и 38 на 1000 соответственно). Эти же показатели среди детей казахской национальности были на 40 процентов выше и составили 45 и 55 на 1000, соответственно. Среди детей других этнических групп показатели смертности занимали промежуточное положение.

8.5 Демографические различия показателей младенческой и детской смертности

В таблице 8.4. отражена взаимосвязь между уровнем смертности в раннем детском возрасте и различными демографическими параметрами. Как и во многих других странах, в Казахстане смертность среди мальчиков превышала смертность среди девочек. Показатели детской смертности в возрасте до пяти лет среди мальчиков и девочек составили 56 и 39 на 1000 родившихся, соответственно.

Анализ взаимосвязи между смертностью детей и паритетом родов показал, что дети, родившиеся от первых родов, и дети, родившиеся четвертыми и более по счету, имеют более высокий риск смертности.

Отчетливая связь обнаружена между риском смертности и продолжительностью межродового интервала. Полученные результаты свидетельствуют о том, что дети, родившиеся с межродовым интервалом продолжительностью менее двух лет, имеют больший риск смертности по сравнению с детьми, родившимися с более длительным межродовым интервалом. Риск младенческой смертности среди детей, родившихся с межродовым интервалом продолжительностью менее двух лет, составил 47 на 1000; с интервалом 2-3 года - 33 на 1000 и с интервалом четыре года и более - 41 на 1000. Анализ взаимосвязи между темпом деторождения и уровнем младенческой смертности предполагает, что некоторое снижение смертности могло бы иметь место при удлинении межродового интервала.

8.6 Рождаемость повышенного риска

Предыдущие исследования выявили отчетливую взаимосвязь между характером рождаемости и риском смертности в детском возрасте (United Nations, 1994). Обычно риск смертности высок среди детей, родившихся от матерей юного и старшего возраста, среди детей, родившихся с укороченным межродовым интервалом и высоким паритетом. В последующем анализе использовались нижеперечисленные критерии.

К матерям " юного возраста" относят женщин моложе 18 лет, "старшего возраста" - старше 34 лет. " Укороченный межродовой интервал" - интервал продолжительностью менее двух лет, " Высокий паритет родов" - если настоящие роды четвертые или более по счету.

Таблица 8.4 Младенческая и детская смертность в зависимости от демографических параметров

Показатели младенческой и детской смертности в течение десятилетнего периода, предшествовавшего исследованию в зависимости от некоторых демографических параметров, Казахстан 1995

Демографические параметры	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность (ПНН)	Младенческая смертность ($_1q_0$)	Детская смертность ($_4q_1$)	Смертность до пяти лет ($_5q_0$)
Пол ребенка					
Муж.	24.5	22.2	46.7	10.1	56.3
Жен.	13.3	21.3	34.6	4.7	39.1
Возраст матери при рождении					
<20	(21.4)	(12.3)	(33.6)	(4.1)	(37.6)
20-29	18.4	22.3	40.6	8.6	48.9
30-39	20.4	22.8	43.2	5.0	47.9
40-49	*	*	*	*	*
Паритет родов					
1	26.5	15.7	42.2	8.8	50.7
2-3	15.9	21.4	37.3	4.1	41.3
4+	12.4	33.1	45.5	12.3	57.2
Продолжительность межродового интервала					
< 2 лет	5.9	41.2	47.1	10.6	57.2
2-3 года	11.5	21.3	32.8	6.3	38.9
4 года и +	28.7	12.3	41.0	3.4	44.3
Всего	19.0	21.8	40.7	7.4	47.9

Примечание: Скобки указывают на то,что уровень смертности основан на 250-499 рождений. Звездочка указывает на то,что значения основаны на менее, чем 250 рождений и могут быть исключены.

В таблице 8.5 показано распределение детей, родившихся в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, с учетом всех вышеперечисленных факторов риска. Таблица также позволяет сравнивать удельный вес умерших детей, входящих в категорию риска детской смертности, с удельным весом умерших детей, не входящих в категорию риска. Категория риска - "первые роды у женщин в возрасте 18-34 года" рассматривается отдельно, поскольку она рассматривается в качестве категории неизбежного риска и не может быть анализирована наравне с другими факторами риска.

В первой колонке таблицы 8.5 представлен удельный вес детей, родившихся с факторами повышенного риска, за пятилетний период, предшествовавший исследованию. У тридцати четырех процентов родившихся имеет место по меньшей мере одна категория риска. У семи процентов - категории риска носят множественный характер.

Во второй колонке таблицы показано соотношение количества детей, родившихся с факторами риска к количеству детей родившихся без факторов риска. В целом количество детей, родившихся с одной категорией риска равно количеству детей без категории риска (1.0). В то же

Таблица 8.5 Характер рождаемости с высоким риском

Процентное распределение рождений в течение пяти лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от наличия повышенного риска смертности и процентное распределение замужних женщин с вероятным рожденнем детей с потенциально высоким риском смертности в зависимости от категорий повышенного риска, Казахстан 1995

Категория риска	Роды, в течение 5 лет, предшествовавших исследованию		Процент замужних женщин [a]
	Процент родов	Соотношение риска	
Нет категории повышенного риска	31.3	1.0	30.8 [b]
Неизбежная категория риска			
Первые роды в интервале 18-34 года	35.2	1.7	5.6
Одна категория повышенного риска			
Возраст матери < 18	3.4	0.0	0.1
Возраст матери > 34	3.3	3.1	33.8
Межродовой интервал <24 мес.	17.3	0.9	9.8
Порядок родов > 4	3.0	0.0	2.3
Всего для этой группы	27.0	1.0	46.0
Группа категорий повышенного риска			
Возраст <18. Межродовой интервал < 24. месяцев	0.5	0.0	0.0
Возраст >34. Межродовой интервал < 24 месяцев	0.7	7.2	0.6
Возраст >34. Паритет родов >4	3.2	1.7	15.1
Возраст >34. Межродовой интервал <24. Паритет родов >4	0.3	2.8	0.7
Межродовой интервал <24. Паритет родов >4	1.8	1.3	1.3
Всего для этой группы	6.6	2.1	17.6
Любая категория повышенного риска	33.5	1.2	63.6
Всего	100.0	-	100.0
Количество родов	1,412	-	2,507

Примечание:Соотношение риска - это соотношение умерших, имевших определенную категорию повышенного риска, к числу умерших не имевших категорий риска.

[a] Женщины отнесены к группе риска по их возможному статусу в связи с родами, если плод был зачат во время проведения исследования: возраст меньше 17 лет и 3 месяцев, возраст старше 34 лет и 2 месяцев, последние роды имели место не раньше чем 15-ть месяцев назад и порядковый номер последних родов составил 4 и выше.

[b] Включает женщин, прошедших стерилизацию

[c] Включает комбинацию категорий *Возраст < 18 и паритет родов > 4*

время количество детей, родившихся с множественными факторами риска, явно превышало количество детей без категории риска (2.1).

Из информации, представленной в третьей колонке таблицы 8.5, можно прогнозировать о том, каков процент замужних женщин, которые могут потенциально родить детей с высоким риском смертности. Данные были получены путем экстраполяции категории риска на ситуацию, при которой бы все замужние женщины оказались беременными. Предположим, женщине в момент проведения исследования было 37 лет, в анамнезе у нее - 4 родов, последние роды имели место три года назад. Ребенок, родившийся у такой женщины, имел бы множественные категории риска: старшая возрастная группа женщины (35 лет и старше), высокий паритет родов (более четырех).

В целом у 64 процентов замужних женщин могут родиться дети с потенциально высокой группой риска. У 18 процентов женщин могут родиться дети с множественными факторами риска.

ГЛАВА 9

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ

Амангельды Д. Дуйсекеев, Темирхан К. Бекбосынов

В настоящей главе представлены результаты исследований, касающихся оказания медицинской помощи матери и ребенку в Казахстане. Эта информация включает следующие вопросы: а.) антенатальную помощь и помощь, оказываемую в родах; б.)вакцинопрофилактику детей; в.) случаи заболевания (респираторная инфекция, диарея) среди детей в течение двух последних недель, предшествовавших интервью. Сведения по оказанию медицинской помощи матерям относились ко всем родам (независимо от исходов), имевшим место в течение последних трех лет, предшествовавших ПМДК, тогда как информация об охвате вакцинопрофилактикой и случаев вышеназванных заболеваний относилась к живым детям.

9.1 Антенатальная помощь

В ПМДК интервьюеры были инструктированы о необходимости перечисления в анкете всего медицинского персонала, оказавшего как антенатальную помощь, так и помощь в родах, имевших место в течение трех лет, предшествовавших интервью. Информация об антенательной помощи собиралась с целью выяснения наивысшей квалификации медперсонала, оказавшего помощь.

В таблице 9.1 и рисунке 9.1 отражена информация о процентном распределении родов, при которых была оказана антенатальная помощь.

Значительному количеству матерей (93 процента) была оказана квалифицированная медицинская помощь; большинству матерей помощь была оказана врачами (69 процентов), значительное количество женщин получали помощь со стороны медицинских сестер или акушерок (23 процента). Только семи процентам респондентов не была оказана антенатальная помощь.

Различия в оказании антенатальной помощи матерям в зависимости от возраста матерей были незначительными. Различия в зависимости от паритета родов - существенными. При первых родах помощь была оказана врачом чаще (78 процентов), чем при четвертых и более родах (55 процентов).

Значительные различия в источниках оказания антенатальной помощи выявлены в зависимости от местожительства (город, село) и региона. Процент женщин, получивших врачебную помощь, был значительно выше среди городских (82 процента), чем сельских (60 процентов). В большей степени врачебная помощь оказывалась в г.Алматы (96 процентов), Северо-Восточном регионе (94 процента) по сравнению с Южным (48 процентов). Более того, в Южном регионе процент матерей, не получавших антенатальную помощь (14 процентов) был в несколько раз выше, чем в любом другом регионе.

Обеспеченность антенатальной помощью также зависила от уровня образования и этнической принадлежности матерей. Так женщинам с более высоким уровнем образования и респондентам русской национальности антенатальная помощь оказывалась врачами чаще, чем

Таблица 9.1 Антенатальная помощь

Процентное распределение родов в течение 3 лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от лица, оказавшего антенатальную помощь и некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

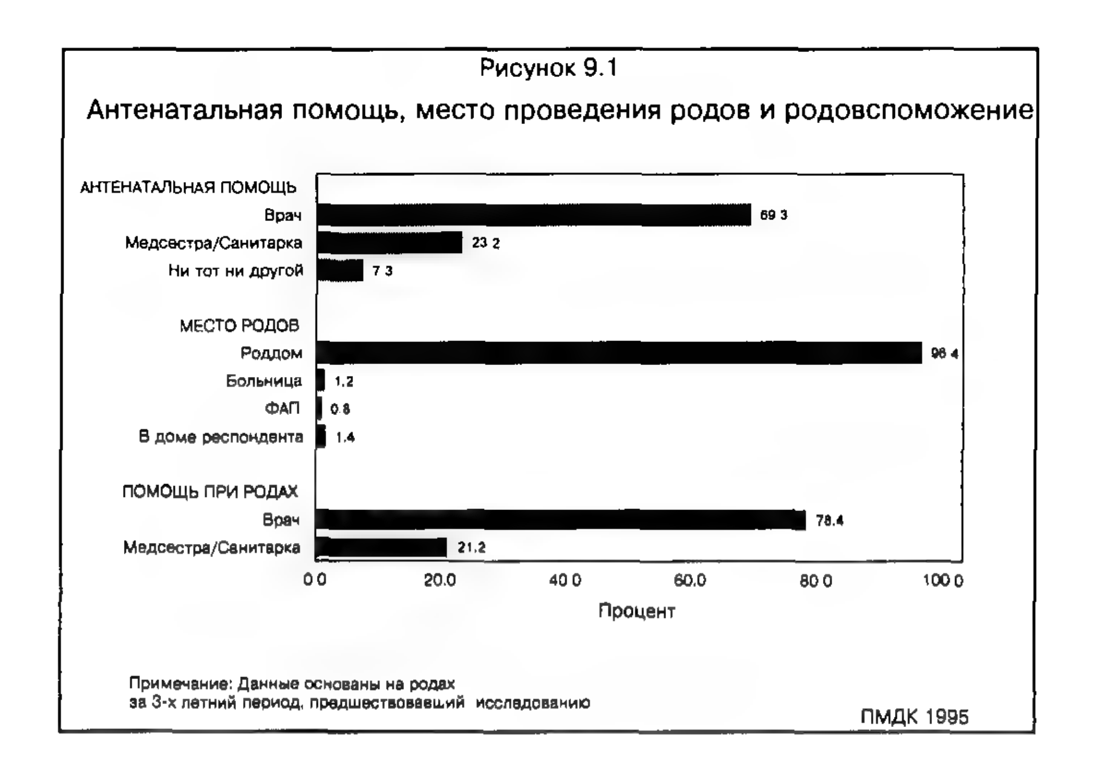
Социально-биологические факторы	Лицо оказавшее антенатальную помощь[1] Врач	Медсестра/ акушерка	Другие	Никто	Всего	К-во родов
Возраст матери						
<20	78.5	16.5	0.0	5.0	100.0	115
20-34	66.6	25.2	0.1	8.2	100.0	625
35 +	78.1	16.8	1.4	3.7	100.0	70
Паритет родов						
1	78.4	17.4	0.3	3.9	100.0	320
2-3	66.2	24.4	0.0	9.4	100.0	360
4+	55.0	34.4	0.3	10.2	100.0	130
Местожительство						
Город	82.2	9.5	0.3	8.0	100.0	343
Село	59.8	33.3	0.1	6.8	100.0	466
Регион						
г.Алматы	96.3	0.0	1.2	2.5	100.0	36
Южный	48.3	37.6	0.0	14.1	100.0	373
Западный	83.7	13.9	0.0	2.5	100.0	107
Центральный	69.8	27.4	1.2	1.7	100.0	84
Северо-Восточный	94.4	4.7	0.0	0.9	100.0	210
Образование матери						
Начальное/среднее	61.0	29.5	0.3	9.1	100.0	293
Средне-специальное	70.0	22.7	0.0	7.3	100.0	386
Высшее	85.4	10.8	0.3	3.4	100.0	131
Национальность						
Казашки	61.2	31.2	0.2	7.4	100.0	487
Русские	92.7	5.4	0.3	1.6	100.0	175
Другие	68.2	17.9	0.0	13.8	100.0	148
Все роды	69.3	23.2	0.2	7.3	100.0	810

Примечание: Цифры указывают на роды, имевшие место в течение 0-35 месяцев, предшествовавших исследованию.

[1] Если респондент указала более одного лица, оказавшего антенатальную помощь, то принимали во внимание наиболее квалифицированное из них..

женщинам с низким уровнем образования, а также респондентам казахской и других национальностей.

Раннее оказание антенатальной помощи более эффективно в предупреждении неблагоприятных исходов беременности. Как правило первое посещение беременной женщиной женской консультации должно происходить в течение первых трех месяцев беременности. Преимуществом раннего контакта беременной женщины с медицинским персоналом является своевременная и объективная оценка состояния ее здоровья и определение оптимальной тактики ведения беременности и родов.



В таблице 9.2 представлена информация о сроках и количестве посещений женских консультаций респондентами во время беременностей, завершившихся живыми родами в течение последних трех лет, предшествовавших ПМДК. Тридцать два процента женщин впервые посетили женскую консультацию к началу третьего месяца беременности. К началу шестого месяца беременности 86 процентов женщин посещали женскую консультацию. Средний срок беременности при первом посещении женской консультации составил 3.6 месяцев.

В таблице 9.2 также показано, что 82 процента респондентов посетили женскую консультацию четыре и более раз. Среднее количество посещений составило 11.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что женщины в Казахстане хорошо осведомлены о преимуществах оказания ранней и беспрерывной антенатальной помощи в течение всей беременности.

Таблица 9.2 Количество антенатальных визитов и срок беременности

Процентное распределение родов в течение 3-х лет, пред-шествовавших исследованию, по количеству антенатальных визитов и сроку беременности ко время первого визита, Казахстан 1995

Показатели	Процент
Количество визитов	
0	7.3
1	1.9
2-3	5.7
4+	81.9
Не знают/пропущено	3.2
Всего	100.0
Среднее	10.7
Срок беременности при первом визите	
Никакой антенатальной помоши	7.3
< 3 месяцев	31.9
3-5 месяцев	53.6
6+ месяцев	6.4
Не знают/пропущено	0.8
Всего	100.0
Среднее	3.6
Количество родов	810

Примечание. Цифры указывают на роды, имевшие место в течение
0-35 месяцев, предшествовавших исследованию.

9.2 Место проведения родов и родовспоможение

Важным фактором, значительно снижающим риск возникновения инфекционных осложнений и гарантирующим физиологическое течение родов, является создание соответствующих санитарно-гигиенических условий и оказание квалифицированной медицинской помощи во время родов. В ПМДК респондентам задавались вопросы о месте проведения родов, помощи, оказываемой при них за трехлетний период, предшествовавший исследованию.

В таблице 9.3 показано, что 98 процентов всех родов проводились в медицинских учреждениях. Большинство родов (96 процентов) происходили в родильных домах, два процента - в других стационарах и ФАП (фельдшерско-акушерских пунктах). Только в двух процентах случаев роды были проведены вне лечебного учреждения (преимущественно дома у респондента). Высоким процентом проведения родов в родильных домах объясняются незначительные различия в месте проведения родов у отдельных групп населения. В таблице 9.3 показано, что у всех групп населения процент родов, проведенных в родильных домах, составил 94 процента и выше.

В таблице 9.4. представлена информация о лицах, оказывавших помощь при родах. В 78 процентах случаев помощь оказывалась врачом. В 21 проценте случаев наивысшей квалификацией лиц, оказывавших помощь, были медсестра или акушерка.

Тогда как фактически все роды были проведены квалифицированным медицинским персоналом, имелись различия в проценте оказания медицинской помощи в родах врачом и медицинской сестрой/акушеркой в зависимости от местожительства и региона. Так в городской местности 89 процентов родов проходили при участии врачей, а на селе- 70 процентов. Аналогично антенатальной помощи, помощь в родах в г.Алматы и Северо-Восточном регионе оказывалась врачами чаще (95 и 90 процентов, соответственно), чем в Южном и Центральном регионах республики (70 и 68 процентов, соответственно).

Аналогично оказанию антенатальной помощи, было также установлено, что квалификация персонала, оказывавшего помощь при родах была тем выше, чем выше уровень образования респондентов. Кроме того, респондентам русской национальности помощь в родах оказывалась врачами чаще (90 процентов), чем респондентам казахской национальности (72 процента).

9.3 Кесарево сечение и вес ребенка при рождении

В ПМДК респондентов спрашивали о проведении родов кесаревым сечением. В том случае, если ребенка взвешивали при рождении, респондентов просили сообщить о его весе. Кроме того, матерей просили высказать их субъективную оценку о размере ребенка при рождении (очень большой, больше среднего, средний, меньше среднего или очень маленький).

В таблице 9.5 показано, что, по сообщениям матерей, 5 процентов родов, происшедших в течение трехлетнего периода, предшествующего ПМДК, были проведены кесаревым сечением. Этот показатель согласуется с 5.2 процентами по имеющимися официальными статистическими данными (Министерство здравоохранения, 1996).

Таблица 9.3 Место проведения родов

Процентное распределение родов за 3- летний период, предшествовавший исследованию, по месту их проведения в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Место проведения родов: Роддом	Больница	ФАП	Дома у респондента	В другом доме	Другое	Всего	К-во женщин
Возраст матери при родах								
< 20	98.3	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	115
20-34	96.1	1.2	0.9	1.5	0.1	0.2	100.0	625
35+	95.4	1.3	0.7	2.7	0.0	0.0	100.0	70
Порядок родов								
1	97.1	1.9	0.7	0.3	0.0	0.0	100.0	320
2-3	96.9	0.6	0.2	1.8	0.1	0.3	100.0	360
4+	93.1	1.5	2.4	2.6	0.3	0.0	100.0	130
Местожительство								
Город	99.2	0.7	0.0	0.0	0.1	0.0	100.0	343
Село	94.3	1.6	1.3	2.4	0.1	0.2	100.0	466
Регион								
г.Алматы	97.5	1.2	0.0	0.0	1.2	0.0	100.0	36
Южный	96.4	0.3	1.2	1.8	0.0	0.3	100.0	373
Западный	94.5	1.9	0.5	3.2	0.0	0.0	100.0	107
Центральный	93.8	3.1	1.5	1.0	0.5	0.0	100.0	84
Северо-Восточный	98.1	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	210
Образование								
Начальное/среднее	94.7	2.2	1.3	1.6	0.1	0.0	100.0	293
Средне-специальное	97.8	0.5	0.1	1.3	0.0	0.3	100.0	386
Высшее	95.9	1.3	1.5	0.9	0.3	0.0	100.0	131
Национальность								
Казашки	94.9	1.4	1.2	2.2	0.1	0.2	100.0	487
Русские	98.1	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	175
Другие	99.1	0.0	0.3	0.3	0.3	0.0	100.0	148
Антенатальные визиты								
Визитов не было	95.4	0.0	0.0	4.6	0.0	0.0	100.0	59
1-3 визита	94.6	1.4	1.4	2.5	0.0	0.0	100.0	62
4+ визитов	96.5	1.4	0.8	0.9	0.1	0.2	100.0	663
Не знает/пропущено	98.1	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0	100.0	26
Всего родов	96.4	1.2	0.8	1.4	0.1	0.1	100.0	810

Примечание: Цифры указывают на роды, имевшие место в течение 0-35 месяцев, предшествовавших исследованию.

Более высокая частота этого вида родоразрешения была характерна для женщин старших возрастных групп, респондентов, проживающих в городской местности, женщин с высшим образованием и русской национальности. Однако наибольшие различия в преобладании показателей проведения родов кесаревым сечением были обнаружены в зависимости от региона

проживания. В г.Алматы кесаревым сечением проведено 19 процентов родов, в остальных регионах этот показатель колебался между 4 и 5 процентами.

Для более чем 98 процентов родов, имевших место в течение последних трех лет, матери сообщили, что их детей взвешивали при рожде-нии. В таблице 9.5 показано, что 9 процентов детей имели вес при рождении менее 2,5 кг. Такие дети рассматривались, как имеющие низкий вес, и они были подвержены более высокому риску ранней младенческой смертности.

Согласно субъективной оценке матерей о размере ребенка при его рождении, 8 процентов детей были отнесены к категории очень маленьких, 13 процентов - меньше среднего. Частота, с которой женщины оценивали размеры ребенка при рождении как очень маленьких, фактически соответствовала вышеуказанным девяти процентам детей, родившихся с весом менее 2,5 кг.

Таблица 9.4 Родовспоможение

Процентное распределение родов в течение 3-х лет, предшествовавших ПМДК, в зависимости от лица, оказавшего помощь при родах, и некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Лицо, оказавшее помощь в				
	Врач	Медсестра/акушерка	Родственники/другие	Всего	К-во родов
Возраст при родах					
< 20	84.0	16.0	0.0	100.0	115
20-34	76.8	22.7	0.5	100.0	625
35+	83.6	16.4	0.0	100.0	70
Порядок родов					
1	83.4	16.6	0.0	100.0	320
2-3	77.3	22.1	0.6	100.0	360
4+	69.1	30.0	0.9	100.0	130
Местожительство					
Город	89.3	10.7	0.0	100.0	343
Село	70.3	28.9	0.7	100.0	466
Регион					
г.Алматы	95.1	4.9	0.0	100.0	36
Южный	69.5	29.6	0.9	100.0	373
Западный	88.4	11.6	0.0	100.0	107
Центральный	68.3	31.7	0.0	100.0	84
Северо-Восточный	90.4	9.6	0.0	100.0	210
Образование					
Начальное/среднее	75.7	24.3	0.0	100.0	293
Средне-специальное	77.8	21.6	0.6	100.0	386
Высшее	86.0	13.2	0.9	100.0	131
Национальность					
Казашки	71.7	27.6	0.7	100.0	487
Русские	90.2	9.8	0.0	100.0	175
Другие	86.5	13.5	0.0	100.0	148
Антенатальные визиты					
Визитов не было	53.6	46.4	0.0	100.0	59
1-3 визита	70.6	27.5	1.8	100.0	62
4+ визитов	81.2	18.5	0.3	100.0	663
Не знает/пропущено	82.5	17.5	0.0	100.0	26
Всего	78.4	21.2	0.4	100.0	810

Примечание: Цифры указывают на количество родов в течение 0-35 месяцев, предшествовавших исследованию.

ı Если респондент указал более одного лица, оказывавшего помощь в родах, то учитывалось наиболее квалифицированное лицо.

Таблица 9.5 Характеристика родов: кесарево сечение, размеры и вес ребенка при рождении

Процент родов, проведенных кесаревым сечением среди всех родов в течение 3-х лет, предшествовавших ПМДК и процентное распределение по весу при рождении и оценке матери размеров ребенка при рождении в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Роды кесаре-вым сече-нием	Все при рождении				Размер ребенка при рождении					К-во родов
		Менее чем 2.5 кг.	2.5 кг. и более	Не знает	Всего	Очень малень-кий	Мень-ше чем средний	Сред-ний или больше	Не знает	Всего	
Возраст при родах											
< 20	2.2	14.4	85.3	0.4	100.0	7.6	18.0	74.4	0.0	100.0	115
20-34	4.8	8.5	89.4	2.1	100.0	8.0	11.0	80.9	0.1	100.0	625
35+	6.9	4.7	92.3	3.0	100.0	8.5	21.2	68.9	1.3	100.0	70
Порядок родов											
1	4.9	12.8	85.9	1.2	100.0	10.1	15.8	73.9	0.1	100.0	320
2-3	5.4	5.9	92.2	1.9	100.0	6.4	9.3	84.0	0.3	100 0	360
4+	1,8	8.2	88.1	3.6	100.0	7.3	15.3	77.4	0.0	100.0	130
Местожительство											
Город	7.2	9.9	88.7	1.4	100.0	8.2	11.8	79.7	0.3	100.0	343
Село	2.7	8.3	89.4	2.3	100.0	7.9	13.7	78.4	0.1	100.0	466
Регион											
г.Алматы	18.5	4.9	95.1	0.0	100.0	6.2	11.1	81.5	1.2	100.0	36
Южный	3.6	8.5	88.8	2.7	100.0	4.4	15.1	80.5	0.0	100.0	373
Западный	3.9	8.6	89.2	2.2	100.0	6.2	16.2	76.5	1.1	100.0	107
Центральный	5.1	10.0	86.4	3.6	100.0	14.5	9.6	75.9	0.0	100.0	84
Северо-Восточный	4.2	10.4	89.6	0.0	100.0	13.0	8.7	78.3	0.0	100.0	210
Образование											
Начальное/среднее	1.2	7.1	90.7	2.2	100.0	5.4	15.0	79.5	0.2	100.0	293
Средне-спец-ное	6.4	10.2	88.7	1.2	100.0	9.5	12.2	78.0	0.3	100.0	386
Высшее	7.1	9.7	86.8	3.5	100.0	9.5	9.8	80.6	0.0	100.0	131
Национальность											
Казашки	4.2	9.1	88.0	2.9	100.0	7.2	12.9	79.7	0.2	100.0	487
Русские	7.1	8.8	91.2	0.0	100.0	12.6	12.5	74.6	0.3	100.0	175
Другие	3.1	8.9	90.2	0.9	100.0	5.3	13.2	81.5	0.0	100.0	148
Все дети	4.6	9.0	89.1	1.9	100.0	8.0	12.9	78.9	0.2	100.0	810

Примечание: Цифры указывают на количество родов в течение 0-35 месяцев, предшествовавших исследованию. Цифры в сумме могут не составлять 100 по причине округления.

9.4 Вакцинация

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, дети в возрасте 12 месяцев должны пройти полный курс вакцинопрофилактики (т.е. получить вакцинацию БЦЖ против туберкулеза, три дозы полиовакцины (П 1-3); три дозы АКДС (Д 1-3) против дифтерии, коклюша, столбняка, а также противокорьевую вакцину).

В ПМДК информация об охвате вакцинацией собиралась о детях в возрасте до трех лет. Если мать имела на руках медицинскую карточку, то интервьюер записывал сведения о вакцинации непосредственно из медицинской карточки. Матерям, у которых не имелось карточек, задавались вопросы о проведении БЦЖ, Полио, АКДС, противокорьевой вакцинации (включая количество профилактических доз каждой из вакцин). В Казахстане медицинские карточки детей, как правило, находятся в детских поликлиниках. В ПМДК лишь в 8 процентах случаев эти карточки имелись на руках у матерей, поэтому основная часть информации о вакцинации детей была собрана со слов респондентов. Важно отметить, что информация, сообщенная матерями, в действительности не была перепроверена со сведениями из медицинских карточек в поликлиниках по месту жительства.

В таблице 9.6 и рисунке 9.2 отражен уровень охвата вакцинацией детей в возрасте 12-23 месяцев (то есть той категории детей, которые должны быть полностью вакцинированы). Вакцинация БЦЖ, которая, как правило, проводится в родильных домах вскоре после рождения, была почти всеохватывающей (97 процентов).

Таблица 9.6 Вакцинация по источнику информации

Процент детей в возрасте 12-23 месяцев, охваченных специфической вакцинацией при любом сроке, предшествовавшем ПМДК, по сведениям из медицинской карточки или со слов матери и процент детей, вакцинированных до 12-ти месячного возраста, Казахстан 1995

Источник информации	Процент вакцинированных детей: БЦЖ	АКДС 1	АКДС 2	АКДС 3+	Полио 1	Полио 2	Полио 3+	Корь	Процент с медицинскими карточками	К-во детей
Медицинская карточка	7.3	8.6	9.1	8.7	8.0	8.4	7.0	6.4	8.1	23
Со слов матери	89.9	89.3	76.3	42.6	91.9	88.1	51.7	65.5	91.9	257
Любой источник	97.2	97.9	85.4	51.2	99.8	96.5	58.7	71.9	100.0	280

Большинство детей получили первую дозу АКДС (98 процентов) и Полио вакцины (100 процентов). Однако приблизительно половина из них не завершила полный курс вакцинации. Что касается противокорьевой вакцинации, лишь 72 процента детей в возрасте 12-23 месяцев были привиты против этой инфекции.

В таблице 9.7 представлена информация об охвате вакцинацией детей в возрасте 12-23 месяцев в зависимости от социально-биологических факторов. В целом, имелись небольшие различия в уровне охвата вакцинацией БЦЖ среди различных групп детей. Аналогичная картина прослеживалась и в отношении первых доз АКДС, Полио и кори.

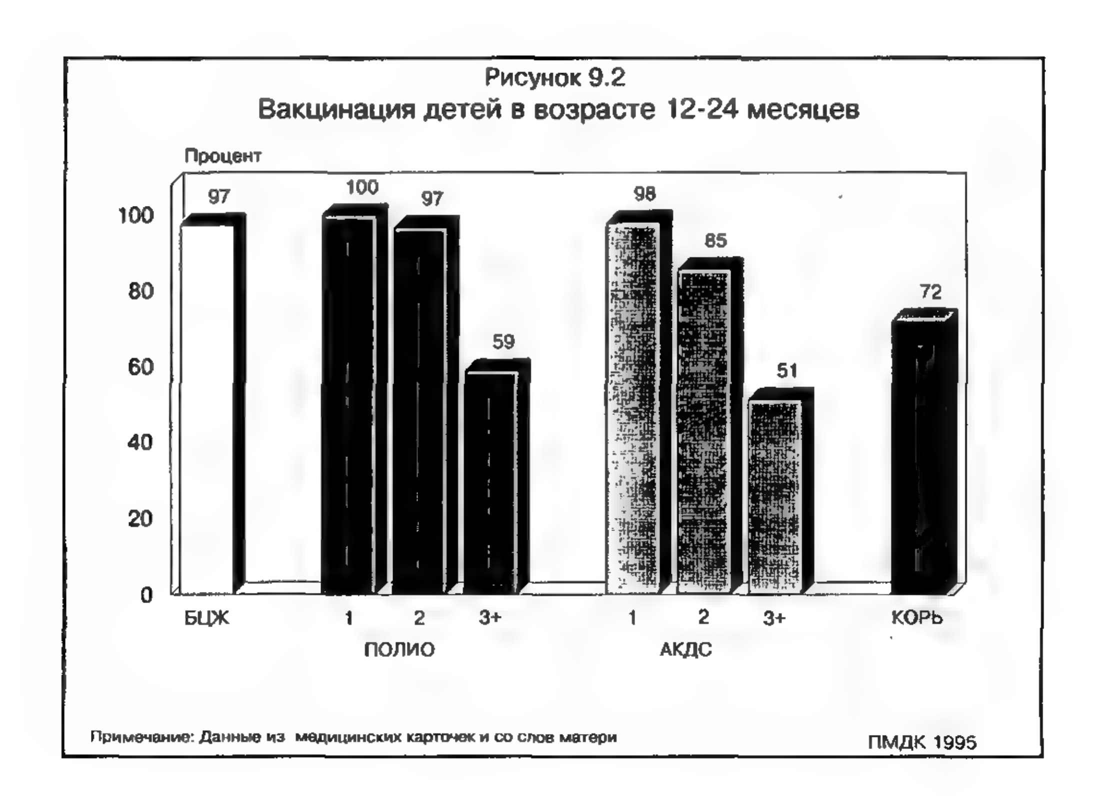
Таким образом, охват вакцинацией БЦЖ, первыми дозами АКДС и Полио-вакцины был достаточно высок для всех групп детей, независимо от пола, местожительства, региона проживания. Охват вакцинацией против кори был идентичен по характеру, хотя на более низком уровне.

Таблица 9.7 Вакцинация в зависимости от социально-биологических факторов

Процент вакциниированных детей в возоасте 12-23 месяцев ко времени проведения ПМДК (по медицинским карточкам или со слов матерей) и процент с медицинской карточкой в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Процент вакцинированных детей:								Процент с медицинской карточкой	К-во детей
	БЦЖ	АКДС			ПОЛИО			Корь		
		1	2	3+	1	2	3+			
Пол										
Муж	98.3	96.9	82.3	49.2	100.0	95.0	59.8	69.7	7.8	134
Жен.	96.1	98.8	88.4	53.1	99.7	97.9	57.6	73.8	8.4	145
Порядок родов										
1	97.3	99.5	92.2	63.8	100.0	97.5	66.0	77.4	13.3	101
2-3	97.9	98.2	85.0	47.0	100.0	97.6	56.1	71.8	4.2	126
4+	95.3	94.4	74.9	40.5	99.2	92.1	50.7	60.8	7.5	52
Местожительство										
Город	100.0	97.7	92.6	61.2	99.6	99.1	69.0	75.8	4.6	118
Село	95.1	98.1	80.0	43.8	100.0	94.7	51.7	69.0	10.7	161
Регион										
г.Алматы	100.0	96.3	91.3	73.9	96.3	91.3	82.6	76.0	25.0	12
Южный	95.7	96.9	77.1	36.7	100.0	93.1	47.8	69.3	1.7	133
Западный	98.7	100.0	89.7	59.0	100.0	100.0	56.6	82.6	3.1	37
Центральный	94.0	96.3	92.6	71.3	100.0	100.0	59.1	72.0	49.2	29
Северо-Восточный	100.0	100.0	96.2	63.5	100.0	100.0	74.8	70.3	2.9	68
Образование										
Начальное/среднее	99.0	98.9	81.4	42.7	99.6	96.3	52.2	71.1	5.3	113
Средне-спец-ное	95.1	98.0	88.2	54.1	100.0	97.3	60.7	74.7	11.5	115
Высшее	97.8	95.4	87.9	63.9	100.0	95.2	68.5	67.4	6.8	51
Национальность										
Казашки	96.2	97.9	81.1	47.3	100.0	95.5	49.1	74.1	9.4	167
Русские	100.0	100.0	96.3	60.4	100.0	99.1	85.4	64.3	5.6	57
Другие	97.1	95.5	87.3	53.8	99.2	96.9	60.2	73.6	7.0	55
Все дети	97.2	97.9	85.4	51.2	99.8	96.5	58.7	71.9	8.1	280

Заслуживающими внимания являются данные, представленные в таблице 9.7, свидетельствующие о значительном снижении уровня охвата вакцинацией АКДС и Полио между первой и третьей дозами. Это снижение было более выраженным в сельских районах по сравнению с городскими, а также у детей Южного региона по сравнению с другими. Так, например, охват вакцинацией АКДС в г.Алматы упал с 97 до 74 процентов. В то время как в Южном регионе - с 97 до 37 процентов.



9.5 Острая респираторная инфекция

Заболевания органов дыхания являются одной из ведущих патологий детского возраста и основной причиной младенческой смертности в мире. В Казахстане свыше 20 процентов всех случаев младенческой смертности связаны с болезнями органов дыхания (Госкомстат, 1993).

В ПМДК выявление случаев заболеваний органов дыхания среди детей до трехлетнего возраста проводилось путем опроса матерей о наличии кашля, сопровождавшегося укороченным и частым дыханием в течение двух недель, предшествовавших интервью. Эти симптомы являются характерными для острой респираторной инфекции. Следует иметь в виду, что сведения о заболеваемости детей острой респираторной инфекцией (ОРИ), собранные в ПМДК со слов матерей, носят субъективный характер и не всегда соответствуют заключению медицинского персонала. Кроме того, эти данные были собраны за период времени между маем и сентябрем, тогда как пик распространения респираторной инфекции приходится на осенние и зимние месяцы.

В таблице 9.8 и рисунке 9.3 показано, что у 5 процентов больных ОРИ детей в возрасте до трех лет в течение двух недель, предшествовавших интервью, заболевание сопровождалось кашлем, укороченным и частым дыханием.

Подобные симптомы в клиническом течении заболевания имели более выраженные различия в зависимости от возраста. Так для детей возрастной группы 24-35 месяцев распространеность респираторной инфекции была в два раза выше (8 процентов), чем среди детей до 24 месяцев (4 процента).

Очевидными были различия в уровнях заболеваемости ОРИ в зависимости от пола ребенка, местожительства, уровня образования и этнической принадлежности матери. Однако из полученных данных невозможно заключить, отражают ли выявленные различия истинную картину заболеваемости, или же они является следствием субъективного восприятия респондентами симптомов респираторного заболеваний.

В целом 48 процентов детей с ОРИ обратились за медицинской помощью (относительно небольшое количество выявленных случаев респираторной инфекции не позволило провести статистический анализ лечения в различных подгруппах детей).

9.6 Лихорадка

Данные таблицы 9.8 свидетельствуют о том, что у 11 процентов больных детей имело место повышение температуры в течение двух недель, предшествовавших ПМДК. Среди детей возрастной группы 6-11 месяцев повышение температуры наблюдалось в два раза чаще, чем в других возрастных группах.

9.7 Диарея

Диарея, сопровождающаяся обезвоживанием может серьезным образом отразиться на здоровье детей. В Казахстане свыше 11 процентов всех случаев младенческой смертности обусловлены диареей (Госкомстат, 1993).

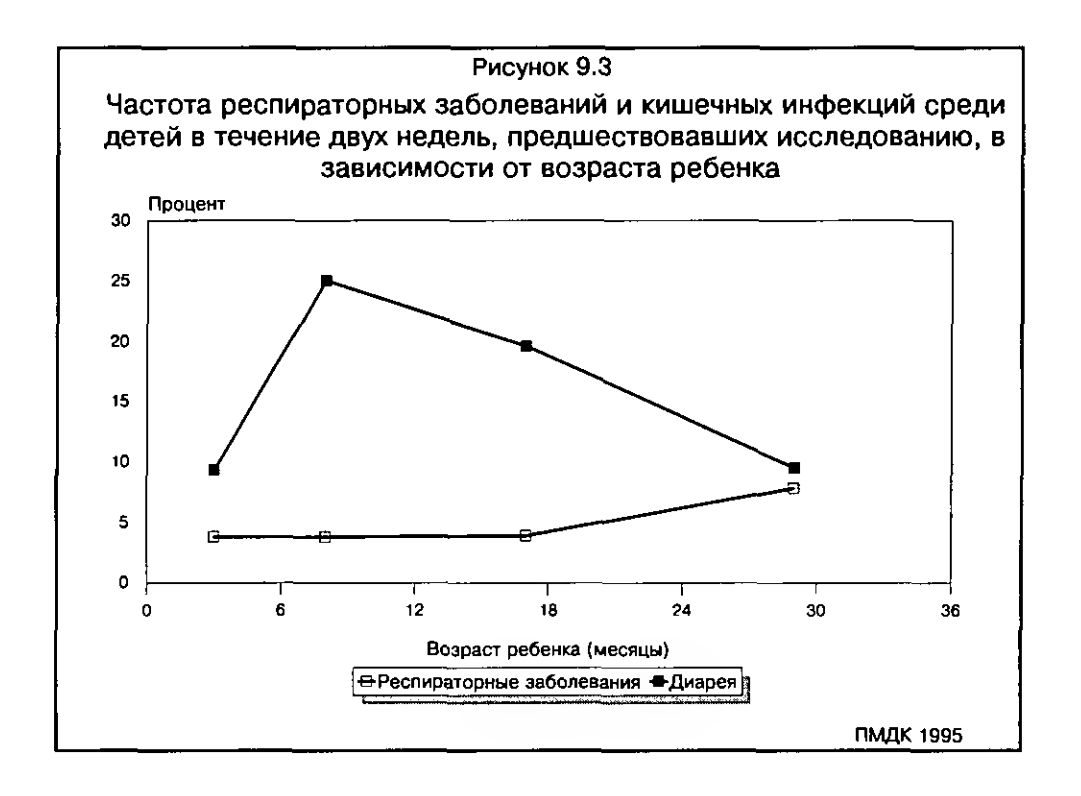
Таблица 9.8 Распространенность острой респираторной инфекции и лихорадки

Процент детей до 3-х летнего возраста с ОРИ, сопровождавшейся кашлем, укороченным и частым дыханием, а также детей с лихорадкой в теченне 2-х недель, предшествовавших исследованию, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Процент детей с кашлем, укороченным и частым дыханием	Процент детей с лихорадкой	К-во детей
Возраст детей			
< 6 месяцев	3.8	6.4	114
6-11 месяцев	3.8	20.9	132
12-23 месяца	3.9	10.9	280
24-35 месяцев	7.8	9.3	253
Пол			
Муж.	7.0	13.4	366
Жен.	3.5	9.7	413
Порядок родов			
1	4.1	11.4	308
2-3	6.4	12.5	345
4+	4.0	8.3	126
Местожительство			
Город	7.0	13.1	334
Село	3.7	10.2	445
Регион			
г.Алматы	11.7	14.3	34
Южный	3.0	10.6	358
Западный	3.3	12.8	101
Центральный	6.6	11.9	82
Северо-Вост.	8.1	11.5	204
Образование			
Начальное/средн.	3.0	9.0	281
Средне-спец-ное	7.6	12.8	370
Высшее	2.8	12.8	128
Национальность			
Казашки	4.4	12.3	464
Русские	7.7	11.5	171
Другие	4.6	8.5	144
Все дети	5.1	11.4	779

Примечание: Цифры относятся к детям, родившимся в течение 0-35 месяцев, предшествовавших исследованию.

Прием детьми большого количества жидкости является простой и эффективной мерой предупреждения развития тяжелых осложнений диареи. Повышенное количество жидкости должно назначаться в виде различных водных растворов (сахарно-солевых, водных), что, собственно, и входит в понятие орально-регидратационной терапии.



Респондентам, имеющим детей до трехлетнего возраста, задавались вопросы о тактике лечения при диарее, а именно: должно ли быть увеличено количество принимаемых жидкостей и твердой пищи, имеет ли она представление о регидроне, как лечебном средстве при диарее. Данные таблицы 9.9 свидетельствуют о том, что большинство матерей (82 процента) были осведомлены о регидроне. Однако значительная часть женщин (26 процентов) считают необходимым ограничение количества потребляемой жидкости во время диареи.

Респондентам также задавался вопрос о том, были ли у ребенка за прошедшие две недели эпизоды диареи, и если да, то отмечалось ли наличие примеси крови со стулом. Кроме того, респондентов спрашивали: увеличивался ли или снижался прием жидкостей во время диареи, а также принимал ли ребенок регидрон.

В таблице 9.10 и рисунке 9.3 показано, что 16 процентов детей страдали диареей: из них у одного процента заболевание сопровождалось кровью в стуле.

Частота распространения диареи повышалась с возрастом, достигая пика в группе детей в позднем младенчестве (то есть в том периоде, когда ребенок начинает ползать и познавать окружающий мир). Диарея реже всего встречалась среди детей возрастом до 6-ти месяцев (9 процентов), затем частота диареи повышается, достигая пика в возрасте 6-11 месяцев (25 процентов), продолжая оставаться на высоких уровнях в группе детей 12-23 месяцев (20 процентов), а затем снижается в возрастной группе 24-35 месяцев (10 процентов).

В таблице 9.10 также показаны региональные различия распространения диареи. Дети г. Алматы страдают диареей в наименьшей степени (9 процентов), а дети, проживающие в Центральном и Северо-Восточном регионах, - в наибольшей (17 и 23 процента, соответственно).

Таблица 9.9 Знания о помощи при диарее

Процент матерей, родивших в течение последних 3-х лет, которые осведомлены о регидроне, и процентное распределение женщин в соответствии с их знаниями о правильном приеме жидкостей и пищи во время диареи в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Знает о регидроне	Количество, которое должно быть дано ребенку при диарее: Жидкостей					Твердой пищи					К-во женщин
		Меньше	Такое же к-во	Больше	Не знает/ пропущено	Всего	Меньше	Такое же к-во	Больше	Не знает/ пропущено	Всего	
Возраст												
15-19	45.0	23.9	35.0	25.7	15.3	100.0	35.7	48.2	1.0	15.1	100.0	45
20-24	79.0	30.0	28.8	31.4	9.8	100.0	56.8	34.2	2.1	6.9	100.0	240
25-29	91.1	24.9	18.8	54.8	1.6	100.0	68.8	27.1	1.9	2.3	100.0	201
30-34	86.2	20.7	17.6	56.3	5.5	100.0	70.4	24.7	1.6	3.2	100.0	127
35+	80.7	25.0	20.0	49.7	5.3	100.0	68.6	26.8	0.8	3.9	100.0	89
Местожительство												
Город	79.8	19.7	20.4	53.0	6.9	100.0	64.3	28.7	1.2	5.8	100.0	306
Село	83.3	30.5	25.4	38.0	6.1	100.0	61.7	31.7	2.1	4.5	100.0	396
Регион												
г.Алматы	78.4	12.2	25.7	52.7	9.5	100.0	66.2	24.3	4.1	5.4	100.0	33
Южный	90.0	25.0	24.6	43.8	6.6	100.0	63.6	29.8	2.0	4.6	100.0	316
Западный	91.0	23.8	18.8	53.2	4.2	100.0	75.4	20.4	1.8	2.5	100.0	93
Центральный	86.4	31.9	13.6	44.5	10.0	100.0	61.9	28.2	1.2	8.7	100.0	73
Северо-Вост.	62.0	28.2	26.3	40.1	5.4	100.0	55.1	38.3	1.0	5.6	100.0	187
Образование												
Начальное/среднее	77.7	37.9	22.2	32.4	7.5	100.0	64.2	28.7	2.5	4.6	100.0	252
Средне-спец-ное	82.6	20.0	25.3	48.1	6.6	100.0	58.5	34.3	1.1	6.1	100.0	333
Высшее	88.2	16.3	19.5	60.5	3.7	100.0	72.3	22.9	1.7	3.1	100.0	116
Национальность												
Казашки	87.8	23.0	25.3	45.1	6.6	100.0	66.3	28.4	1.3	4.0	100.0	407
Русские	71.9	24.5	26.2	42.1	7.3	100.0	56.7	32.6	1.4	9.2	100.0	166
Другие	75.2	36.4	12.7	46.0	4.9	100.0	59.6	33.8	3.4	3.2	100.0	129
Все матери	81.8	25.8	23.2	44.5	6.5	100.0	62.8	30.4	1.7	5.1	100.0	702

В таблице 9.11 представлена информация о лечении детей, страдавших диареей в течение двух недель, предшествовавших интервью. Матери 26 процентов детей с диареей обратились за помощью в медицинское учреждение.

Среди других видов лечения следует отметить, что 28 процентов детей получали регидрон, 4 процента - сахарно-солевые растворы, приготовленные в домашних условиях, и почти 31 процент - любой вид орально-регидратационной терапии. В целом повышенное количество жидкостей давалось в 40 процентах случаев диареи.

В таблице 9.12 обобщена информация о практике питания детей с диареей. Со слов матерей, восемьдесят пять процентов детей с диареей получали такое же или повышенное количество жидкости, тогда как 14 процентов - ограниченное количество.

Таблица 9.10 Распространенность диареи

Процент детей до 3-х летнего возраста с диареей с кровью и без крови в стуле в течение 2-х недель, предшествовавших исследованию, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Частота диареи: Все случаи диареи	Частота диареи: Диарея с кровью	К-во детей
Возраст детей			
< 6 месяцев	9.3	0.4	114
6-11 месяцев	25.0	1.3	132
12-23 месяца	19.6	0.8	280
24-35 месяцев	9.5	0.0	253
Пол			
Муж.	17.1	0.1	366
Жен.	14.5	1.0	413
Порядок родов			
1	17.3	0.7	308
2-3	15.2	0.7	345
4+	13.6	0.0	126
Местожительство			
Город	15.0	0.9	334
Село	16.3	0.4	445
Регион			
г.Алматы	9.1	0.0	34
Южный	12.9	0.8	358
Западный	11.8	1.1	101
Центральный	16.9	0.7	82
Северо-Вост.	23.3	0.0	204
Образование			
Начальное/среднее	11.4	0.2	281
Средне-спец-ное	18.9	1.1	370
Высшее	16.3	0.0	128
Национальность			
Казашки	16.2	1.0	464
Русские	18.8	0.0	171
Другие	10.7	0.0	144
Все дети	15.7	0.6	779

Примечание: Цифры относятся к детям, родившимся в течение 0-35 месяцев, предшествовавших исследованию

Таблица 9.11 Лечение диареи

Процент обратившихся за медицинской помощью, процент получивших орально-регидратационную терапию и получивших обильное количество жидкостей среди детей до 3-х лет с диареей в течение 2-х недель, предшествовавших исследованию,, Казахстан 1995

Виды лечения	Процент
Медицинская помощь[1]	25.8
Орально- регидратационная терапия	
Регидрон	28.2
Домашний сахарно-солевой водный раствор	3.9
Тот или другой	31.2
Увеличение приема жидкостей	39.6
Ни регидрон, ни домашний сахарно-солевой водный раствор, ни большее количество жидкости	46.7
Количество детей	123

[1] Включает поликлинику, стационар, платные медицинские услуги

Таблица 9.12 Практика питания во время диареи

Процентное распределение детей до 3-х лет с диареей в течение последних двух недель в зависимости от количества принятой твердой и жидкой пищи во время болезни, Казахстан 1995

Практика питания	Всего
Количество твердой пищи	
Такое же	42.1
Больше	0.8
Меньше	57.1
Количество жидкости	
Такое же	45.8
Больше	39.6
Меньше	14.2
Не знает/пропущено	0.4
Всего	100.0
Количество детей	123

Примечание: Цифры относятся к детям, родившимся в течение 0-35 месяцев, предшествовавших исследованию

ГЛАВА 10

ПИТАНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Торегельды Ш. Шарманов, Темирхан К. Бекбосынов

Комплексная оценка статуса и характера питания отдельных групп населения Казахстана, изучение грудного вскармливания, выяснение степени распространенности алиментарно-зависимых заболеваний являлись предметом многолетних исследований, проводившихся Институтом питания МН-АН РК. Однако полученные данные чаще носили фрагментарный характер и не давали достаточно целостного представления по республике. В ПМДК впервые статус и характер питания, а также грудное вскармливание были изучены на общенациональном уровне с использованием репрезентативной выборки.

В настоящей главе представлены данные по распространенности практики грудного вскармливания и дополнительного питания младенцев, а также результаты оценки статуса питания женщин и детей Казахстана.

10.1 Грудное вскармливание и дополнительное питание

Грудное вскармливание имеет важное значение как для матери, так и ребенка. Оно оказывает влияние на статус питания ребенка и его восприимчивость к заболеваниям. Кроме того, грудное вскармливание влияет на сроки восстановления овуляции после родов и риск наступления беременности.

В ПМДК респондентов спрашивали о грудном вскармливании детей, родившихся в течение трех лет, предшествовавших исследованию; о сроках первого прикладывания детей к груди, и как долго они при этом вскармливались грудью; а также о возрасте ребенка, при котором было введено дополнительное питание. Наконец, задавались вопросы о возрасте детей, при котором было прекращено грудное вскармливание.

Полученные результаты позволяют оценить различные аспекты грудного вскармливания. Был проведен анализ таких параметров как сроки первого прикладывания к груди; статус грудного вскармливания (т.е. статус на момент проведения исследования); процент вскармливаемых грудью детей в зависимости от их возраста; средняя продолжительность грудного вскармливания в зависимости от параметров социально-биологической характеристики матерей.

10.1.1 Начало грудного вскармливания

Молозиво, являющееся предшественником зрелого грудного молока, обладает высоко питательными свойствами и содержит антитела, защищающие детский организм от возбудителей инфекционных заболеваний до того времени, когда у ребенка не сформируется иммунная система.

Как видно из таблицы 10.1, грудное вскармливание является почти универсальным в Казахстане; 96 процентов детей, родившихся в течение трех лет, предшествовавших ПМДК, находились на грудном вскармливании. В целом 10 процентов детей были впервые приложены к груди в течение первого часа, 40 процентов - в течение 24 часов после родов.

Различия в процентном соотношении детей, находящихся на грудном вскармливании, в зависимости от социально-биологических факторов были незначительными. Однако были обнаружены существенные различия по срокам первого прикладывания детей к груди. Начало грудного вскармливания в течение первого часа после родов чаще имело место среди городских женщин (12 процентов), чем сельских (7 процентов); в г.Алматы - 15 процентов, и Севере-Восточном регионе - 19 процентов, по сравнению с другими регионами республики. Наиболее существенные различия по срокам первого прикладывания к груди обнаружены в зависимости от этнической принадлежности женщин. Раннее прикладывание к груди (в течение часа после родов) более распространено среди русских женщин (17 процентов) по сравнению с казашками (6 процентов). Такие же закономерности сохранялись в отношении 24-часового прикладывания к груди (60 процентов среди русских женщин и 33 процента среди женщин-казашек). Учитывая важное значение раннего прикладывания детей к груди, следовало бы рекомендовать интенсивно распространять эту практику в Казахстане, особенно среди представителей коренной национальности.

Таблица 10.1 Начало грудного вскармливания

Процент детей, родившихся в течение 3-х лет, предшествовавших исследованию, находящихся на грудном вскармливании, и процент детей, родившихся накануне исследования и впервые приложенных к груди в течение 1-го часа, 1-го дня после родов, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан, 1995

Социально-биологические факторы	Процент вскармливаемых грудью	Процент детей, родившихся накануне исследования и впервые приложенных к груди после родов: В течение 1-го часа	В течение 1-го дня [1]	К-во детей
Пол				
Мальчики	95.1	9.8	37.9	390
Девочки	96.0	9.3	41.5	419
Местожительство				
Город	96.4	12.4	40.5	343
Село	95.0	7.4	39.2	466
Регион				
г.Алматы	92.6	14.7	32.0	36
Южный	96.8	4.7	28.6	373
Западный	96.9	8.5	42.2	107
Центральный	93.3	6.4	49.9	84
Северо-Восточный	94.1	19.3	56.1	210
Образование				
Начальное/среднее	94.7	11.3	42.4	293
Средне-спец-ное	96.0	7.8	36.7	386
Высшее	96.4	10.7	43.0	131
Национальность				
Казашки	96.1	6.3	33.0	487
Русские	94.0	17.2	60.1	175
Все дети	95.6	9.5	39.8	810

[1] Включая детей, которые были впервые приложены к груди в течение 1-го часа после рождения.

10.1.2 Характер грудного вскармливания в зависимости от возраста детей

Научные исследования показали, что грудное молоко содержит все питательные вещества, особенно необходимые ребенку в течение первых месяцев его жизни. Введение дополнительного питания детям до 4-х месячного возраста не рекомендуется, поскольку может привести к возникновению диареи. Раннее введение дополнительного питания также способствует снижению секреции грудного молока, поскольку она обусловлена частотой и интенсивностью грудного вскармливания.

В таблице 10.2 отражен статус грудного вскармливания в зависимости от возраста детей в месяцах. Как видно, практика грудного вскармливания в Казахстане достаточно распространена. В возрасте 0-3 месяцев вскармливались грудью 88 процентов детей, продолжали кормиться грудью до 8-11 месяцев - 73 процента. Этот показатель снижается до 21 процента среди детей в возрасте 20-23 месяцев. К третьему году жизни практически все дети прекращали кормиться грудью.

Таблица 10.2 Статус грудного вскармливания

Процентное распределение детей по статусу грудного вскармливания в зависимости от настоящего возраста в месяцах, Казахстан 1995

Возраст в месяцах	Процент детей: Не вскармливаемых грудью	Исключительно грудное вскармливание	Грудное вскармливание и: Простая вода	Дополнительное питание	Всего	К-во детей
0-3	11.8	12.3	24.3	51.6	100.0	74
4-7	30.3	3.4	2.5	63.8	100.0	89
8-11	26.7	0.6	0.0	72.7	100.0	84
12-15	47.1	0.0	0.0	52.9	100.0	98
16-19	72.9	0.0	0.0	27.1	100.0	83
20-23	79.3	0.0	0.0	20.7	100.0	99
24-27	91.0	0.0	0.0	9.0	100.0	89
28-31	91.7	0.0	0.0	8.3	100.0	77
32-35	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	87
0-3 месяца	11.8	12.3	24.3	51.6	100.0	74
4-6 месяцев	28.7	2.9	3.5	64.9	100.0	64
7-9 месяцев	37.4	2.5	0.0	60.1	100.0	64

Примечание: Статус грудного вскармливания относится к 24 часам, предшествовавшим интервью. Дети были рассматривались как *вскармливаемые грудью и получавшие только простую воду* без дополнительного питания.

Хотя грудное вскармливание в республике характеризуется достаточной продолжительностью, тем не менее выявлена распространенность практики раннего введения дополнительного питания. Исключительное грудное вскармливание в раннем младенчестве, рекомендуемое ВОЗ[1], в республике недостаточно распространено. В возрасте 0-3 месяцев лишь 12 процентов детей вскармливались исключительно грудью. Двадцать четыре процента младенцев указанного возраста в дополнении к грудному молоку получали воду, 52 процента другие пищевые продукты и жидкости.

[1]Исключительное грудное вскармливание означает только употребление грудного молока. Прием дополнительного питания, в том числе и простой воды, исключается (WHO/UNICEF, 1990).

В таблице 10.3 отражена средняя продолжительность грудного вскармливания. В целом по Казахстану средняя продолжительность грудного вскармливания составила 14 месяцев, хотя по длительности исключительное и полное грудное вскармливание (грудное вскармливание и простая вода) непродолжительны (0.4 и 0.7 месяцев соответственно).

Наиболее выраженные различия в продолжительности грудного вскармливания были определены в зависимости от региона и этнической принадлежности. Средняя продолжительность любого грудного вскармливания была наибольшей в Южном, Западном и Центральном регионах (14-15 месяцев), наименьшей в г.Алматы (9 месяцев) и Северо-Восточном регионе (5 месяцев). Средняя продолжительность любого грудного вскармливания была длительнее у женщин-казашек (15 месяцев) по сравнению с русскими (6 месяцев).

Таблица 10.3. Средняя продолжительность и частота грудного вскармливания

Средняя продолжительность любого, исключительного и полного грудного вскармливания детей до 3-х летнего возраста в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Средняя продолж. грудноговскармлнвания в месяцах[1] Любое	Исключительное	Полное[2]	К-во детей до 3-х лет-летнего возраста
Пол				
Мальчики	13.5	0.5	1.0	390
Девочки	14.5	0.4	0.6	419
Местожительство				
Город	13.0	0.4	1.1	343
Село	14.3	0.5	0.6	466
Регион				
г.Алматы	8.5	0.5	0.8	36
Южный	13.8	0.4	1.3	373
Западный	14.6	0.6	3.1	107
Центральный	14.6	0.6	1.6	84
Северо-Восточный	4.8	0.4	0.5	210
Образование				
Начальное/среднее	14.9	0.5	0.6	293
Средне-специальное	14.3	0.4	1.2	386
Высшее	5.8	0.4	0.6	131
Национальность				
Казашки	14.8	0.5	1.8	487
Русские	6.2	0.4	0.5	175
Другие	6.5	0.5	0.5	148
Всего	13.9	0.4	0.7	810
Среднее	13.7	1.3	2.3	-
Распространение/ число случаев[3]	13.0	0.6	1.4	-

[1] Средние значения основаны на статусе грудного вскармливания в настоящее время
[2] Либо исключительно грудное вскармливание, либо грудное вскармливание с приемом простой воды
[3] Среднее распространение- число случаев

10.1.3 Виды дополнительного питания

В ПМДК матерей спрашивали о различных продуктах питания, которые давались детям в течение 24 часов, предшествовавших исследованию. Виды пищевых продуктов не взаимоисключались, то есть регистрировалось несколько пищевых продуктов, которые ребенок мог одновременно принимать.

В таблице 10.4 представлена информация о различных видах пищевых продуктов, которые давались детям в зависимости от того, кормились ли они грудью. В среднем дополнительно к грудному вскармливанию 20 процентов детей до 3-х месячного возраста получали детские молочные смеси (20 процентов), а также цельное, порошковое, топленое и сгущеное молоко (17 процентов). Чай, особенно популярный в Казахстане, принимали 21 процент детей 0 - 3 месячного возраста в течение 24 часов, предшествовавших исследованию.

Таблица 10.4 Виды продуктов питания, получаемые детьми в зависимости от возраста

Процент детей потребивших различные виды продуктов питания в течение 24 часов предшествовавших интервью и применение бутылочного кормления в зависимости от статуса грудного вскармливания и возраста детей в месяцах, Казахстан, 1995

Возраст *(в месяцах)*	Только грудное *молоко*	Детское *питание*	Цельное и порошко-*вое молоко*	Ферменти-рованное *молоко*[1]	*Сок*	*Чай*	Другая жид-*кость*	Птица, рыба, яйца, *мясо*	Зерновые, мучные, *крупяные*	Корне-плоды/ *картофель*	Фрукты *Овощи*	Сла-дости шоко *лад*	Буты-лочное кормле-*ние*	К-во детей
							Дети вскармливаемые грудью							
0-3	13.9	19.6	17.3	0.7	14.4	21.2	21.7	0.0	0.7	0.0	1.7	3.5	64.9	65
4-7	4.9	14.8	49.3	20 3	18.9	68 4	36.5	25.0	49.1	34.2	46 5	23.9	41 9	62
8-11	0.8	6.8	71.8	30 3	15.3	93.6	63 0	52.4	93.0	52.7	69.3	49.4	24.2	61
0-11	6.7	13.9	45.6	16.8	16.2	60.3	40 0	25.3	46.7	28.4	38.4	25.2	44.1	188
12-23	0.0	5.4	72.3	42.4	26.1	98.3	76.4	67 7	94.2	65.7	75.6	60.4	15.4	95
Всего	4.2	10.7	55.0	25.8	19.5	74.3	52.7	41.7	63.5	41.8	52.5	38.3	33.4	297
							Дети не вскармливаемые грудью							
0-11	НП	32.0	84.4	14.6	36.8	54.2	66 7	48.6	63.6	46.1	49.6	24.7	87.2	58
12-23	НП	9.5	84.6	41.7	24.2	90.4	74.3	82 9	94.5	69.8	83.8	73.4	29.6	185
24-29	НП	4.0	68.8	35.9	31.7	87.1	68.8	78.8	88.4	67.5	79.3	68.8	10.8	123
30-35	НП	5.3	81.8	42.3	25.9	97.0	79.0	84.3	95.9	60.3	76.6	82 8	6.1	116
Всего	НП	9.8	79.8	37 1	28.1	86.8	74.0	78.1	89.6	64.1	76 8	68.7	26.0	482

[1] Кефир, айран, кумыс и йогурт
НП - данные неприменимы

Мясо, птица, рыба и яйца содержат белок и другие нутриенты, имеющие важное значение для физического и умственного развития детей раннего возраста. Двадцать пять процентов детей, которые вскармливались грудью в возрасте 4-7 месяцев, принимали эти продукты питания. Злаковые, фрукты и овощи также входили в рацион детей, вскармливавшихся грудью. Более 45 процентов детей 4-7 месячного возраста принимали указанные продукты в дополнение к грудному молоку.

Относительно высокий процент вскармливаемых грудью детей дополнительно принимали жидкое питание из бутылки с соской: 65 процентов - в возрасте 0-3 месяца, и 42 процента в 4-7 - месячном возрасте.

Среди детей, которые не вскармливались грудью, значительное число получали молочные продукты в течение последних 24 часов (около 80 процентов). Также значительное количество детей принимали белковые продукты питания (птица, мясо, яйца). После первого года жизни 80 процентов детей принимали указанные виды продуктов.

10.1.4 Частота приема дополнительного питания

Рациональное питание детей раннего возраста должно предусматривать включение разнообразных продуктов. В ПМДК интервьюеры зачитывали список отдельных видов продуктов питания и просили женщин сообщить о количестве дней в течение последней недели, когда дети получали те или иные продукты, включенные в список.

В таблице 10.5 показан процент детей, получавших отдельные продукты питания в течение последних семи дней в зависимости от возраста и статуса грудного вскармливания. Начиная с 0-3 месячного возраста, значительное количество детей, наряду с грудным вскармливанием, принимали простую воду (80 процентов и более). Молочные продукты принимались меньшим количеством вскармливавшихся грудью детей указанного возраста (21 процент). Птица, яйца, рыба и мясо вводились в рацион питания детей после 4-х месячного возраста. Значительная часть детей после 4-месячного возраста (50 процентов и более) принимали зерновые/злаковые и фрукты с овощами. Как и ожидалось, во всех возрастных группах значительный процент детей, которые не вскармливались грудью, принимали простую воду и молочные продукты во всех возрастных группах (приблизительно 90 процентов).

10.1.5 Различия в приеме дополнительного питания

В таблице 10.6 отражен процент детей, принимавших отдельные продукты питания в течение последних семи дней, а также среднее количество дней в течение указанных семи дней, когда давался каждый из продуктов, в зависимости от социально-биологических факторов.

В целом из таблицы видно, что значительный процент детей получали каждый вид продукта питания (свыше 70 процентов, за исключением приема птицы, яиц и рыбы). Причем эти продукты включались в рацион питания довольно часто (5 и более дней за последние 7 дней, за исключением приема птицы, яиц и рыбы). Такой высокобелковой продукт, как мясо, также довольно часто употреблялся детьми. Полученные результаты указывают лишь на умеренные различия в характере дополнительного питания детей в зависимости от пола, местожительства, региона и уровня образования матерей.

Таблица 10.5 Продукты питания в рационе детей

Процент детей до 36-ти месячного возраста, принимавших отдельные продукты питания в течение последней недели, предшествовавшей интервью в зависимости от возраста детей в месяцах, Казахстан 1995

Возраст (в месяцах)	Простая вода	Молоко и молочные продукты	Др. жид-кости	Птица/ яйца/ рыба	Мясо	Зерновые/ мучные/ крупяные	Корне-плоды/ картофель	Фрукты/ овощи	К-во детей
Дети вскармливаемые грудью									
0-3	82.8	21.3	20.8	0.0	0.0	0.7	0.0	1.7	65
4-7	93.9	67.6	63.6	32.6	32.8	61.4	50.3	63.7	62
8-11	89.5	90.3	92.6	54.6	69.0	97.6	84.8	78.2	61
0-11	88.6	59.0	58.3	28.5	33.2	52.2	44.2	47.0	188
12-23	93.9	95.6	98.0	64.6	85.8	100.0	91.4	91.4	95
Всего	90.8	70.9	71.8	42.1	52.6	69.2	61.2	63.1	297
Дети не вскармливаемые грудью									
0-11	92.8	89.3	73.5	52.0	42.2	72.7	64.9	65.5	58
12-23	96.1	95.0	96.4	74.8	91.5	97.6	89.8	93.6	185
24-29	88.2	90.2	93.5	68.4	83.3	94.4	87.6	88.9	123
30-35	97.8	95.5	95.7	80.8	93.5	97.8	89.2	94.1	116
Всего	94.1	93.2	92.7	71.9	84.0	93.8	86.1	89.2	482

В таблице 10.6 также показано, что приблизительно половина детей (48 процентов) проживали в домовладениях, где использовалась йодированная соль.

10.2 Статус питания детей до 3-лет

Антропометрические показатели роста и веса детей в ПМДК позволяют оценить нутрициональный статус (статус питания) и выявить группы детей, имеющих высокий риск задержки роста и возникновения заболеваний, связанных с недостаточностью питания.

10.2.1 Оценка статуса питания детей

Принцип анализа нутриционального статуса групп населения заключается в сравнении с определенными стандартными величинами. В качестве последних традиционно используется нутриональный статус лиц, относящихся к так называемой эталонной популяции, т.е. к группе населения, характеризующейся полноценным питанием. Стандарты эталонной популяции, рекомендованные ВОЗ и используемые в настоящем отчете, соответствуют стандартам Национального Центра по медицинской статистике США (NCHS).

Антропометрический индекс рост/возраст отражает ростовой показатель. Ребенок, у которого росто/возрастной индекс менее двух стандартных отклонений от среднего значения эталонной популяции NCHS (- 2 СО), расценивается как низкорослый и имеющий задержку в росте, что отражает наличие у него хронической недостаточности питания. Если у ребенка значения этого показателя ниже трех стандартных отклонений (- 3СО), то такое состояние расценивается как выраженная задержка роста.

Таблица 10.6 Виды продуктов питания в рационе детей в зависимости от социально-биологических факторов

Процент детей до 36-ти месячного возраста, принимавших отдельные продукты питания в течение последней недели, предшествовавшей интервью, в зависимости от некоторых социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Простая вода		Молоко и молочные продукты		Другие жидкости		Птица/ яйца/ рыба		Мясо		Зерновые/ мучные/ крупяные		Корнеплоды/ картофель		Фрукты, овощи		Йодированная соль	К-во детей
	Процент	Среднее	Процент	Среднее	Процент	Среднее	Процент	Среднее	Процент	Среднее	Процент	Среднее	Процент	Среднее	Процент	Среднее		
Пол																		
Мальчики	93.5	6.7	86.2	6.3	85.6	5.4	57.9	2.9	72.1	5.5	85.0	6.6	75.0	5.0	78.3	5.6	48.2	366
Девочки	92.3	6.7	83.4	6.0	84.0	5.4	62.8	3.3	71.9	5.4	84.0	6.6	78.1	5.0	80.0	5.9	47.4	413
Местожительство																		
Город	92.8	6.8	82.3	6.0	84.4	5.5	63.8	3.2	70.2	5.4	83.2	6.6	80.7	5.4	82.6	5.8	51.7	334
Село	92.9	6.6	86.5	6.2	85.0	5.3	58.1	3.0	73.4	5.4	85.4	6.6	73.6	4.7	76.7	5.7	44.9	445
Регион																		
г.Алматы	87.0	6.8	83.1	6.2	87.0	5.7	66.2	3.6	70.1	5.7	76.6	6.6	77.9	5.9	80.5	5.2	71.4	34
Южный	93.8	6.7	84.1	6.3	83.4	5.2	51.9	2.6	71.1	5.6	85.5	6.5	78.4	4.4	80.9	6.3	35.3	358
Западный	93.9	6.7	82.8	6.2	77.1	4.9	59.3	3.4	70.5	5.2	84.0	6.6	68.6	4.5	73.4	5.1	88.7	101
Центральный	89.5	6.5	83.8	6.1	83.8	5.3	55.6	3.1	73.5	5.2	80.7	6.9	63.3	5.2	69.4	5.0	30.2	82
Северо-Восточный	93.0	6.7	87.4	5.8	90.9	5.9	77.3	3.5	74.1	5.3	85.6	6.7	82.6	5.8	82.9	5.6	52.4	204
Образование																		
Начальное/среднее	93.3	6.6	85.4	6.1	83.3	5.3	54.3	3.2	72.9	5.3	83.9	6.5	74.6	4.8	77.5	5.7	45.6	281
Средне-спец-ное	93.1	6.7	85.3	6.2	86.5	5.4	64.6	3.0	70.5	5.5	85.5	6.6	77.8	5.0	80.0	5.7	44.1	370
Высшее	91.2	6.8	81.4	6.2	82.8	5.6	62.5	3.3	74.4	5.6	82.5	6.8	77.7	5.4	80.9	6.0	63.2	128
Национальность																		
Казашки	90.9	6.6	83.7	6.2	82.6	5.0	53.1	2.7	71.6	5.6	85.2	6.7	72.6	4.4	76.2	5.7	49.1	464
Русские	97.4	6.8	85.7	5.9	87.6	5.8	70.0	3.5	68.0	5.1	78.8	6.5	79.7	5.9	83.7	5.7	47.6	171
Другие	94.0	6.8	86.8	6.1	88.5	6.0	73.3	3.5	78.3	5.3	88.7	6.6	85.8	5.5	83.8	6.0	43.7	144
Всего	92.9	6.7	84.7	6.1	84.8	5.4	60.5	3.1	72.0	5.4	84.4	6.6	76.6	5.0	79.2	5.8	47.8	779

По весо/ростовому показателю можно судить о статусе питания ребенка в настоящем. Дети, со значениями показателя ниже двух стандартных отклонений от средней рекомендуемой величины (-2СО), расцениваются как имеющие пониженный вес и умеренную степень истощения, и такое состояние отражает острую недостаточность питания, имевшую место в недавнем прошлом. Если у ребенка выявлено отклонение от средней на (-3СО), то состояние такого ребенка признается как истощение выраженной степени.

По весо/возрастному индексу нельзя провести дифференциацию хронической (низкорослость) и острой (истощение) недостаточности питания. Ребенок может иметь сниженный вес относительно своего возраста за счет как задержки роста, так и истощения, а также за счет одновременно обоих проявлений недостаточности питания. По этой причине весо/возрастной индекс рассматривается в качестве интегрального показателя нутриционального статуса.

Следует отметить, что даже в здоровой популяции около 2.3 процентов детей могут иметь антропометрические индексы на два стандартных отклонения (-2СО) ниже среднего значения индексов эталонной популяции NCHS. Очевидно, что лишь при распространенности недостаточности питания больше 2.3 процентов можно говорить об истинной недостаточности питания в данной популяции детей.

В ПМДК всем детям, родившимся с января 1992 года, было проведено измерение роста и веса. У 717 из 779 детей в возрасте до трех лет (92 процента) были проведены антропометрические измерения. Основной причиной невозможности проведения антропометрического измерения было отсутствие ребенка дома. Ниже представлен анализ, основанный на данных антропометрических измерений, проведенных у 717 детей.

10.2.2 Недостаточность питания детей в Казахстане

В таблице 10.7 отражен процент детей до 3-летнего возраста с недостаточностью питания в целом по Казахстану и в зависимости от некоторых демографических показателей. Шестнадцать процентов детей в Казахстане характеризуются умеренной или выраженной задержкой роста, 3 процента - истощением выраженной или тяжелой степени, и в 8 процентах случаев отмечалось умеренное или выраженное несоответствие веса ребенка его возрасту.

Наиболее существенные различия были обнаружены в зависимости от возраста и межродового интервала. Среди детей возрастных групп 12-23 и 24-35 месяцев недостаточность питания, оцененная по всем трем антропометрическим индексам, была более выраженной по сравнению с детьми младших возрастных групп. Недостаточность питания была чаще среди детей, родившихся с межродовым интервалом менее 24 месяцев, по сравнению с детьми, родившимися с более длительным межродовым интервалом. На рисунке 10.1 показаны различия в индексах задержки роста в зависимости от некоторых демографических параметров. Умеренная или тяжелая степени задержки роста были обнаружены у значительной части детей в возрасте 12-23 месяцев (23 процента) и родившихся с межродовым интервалом менее 24 месяцев (28 процентов).

В таблице 10.8 отражена информация о нутриционального статусе детей в зависимости от социально-биологических характеристик матерей. Почти по всем индексам дети городской местности в меньшей степени страдали недостаточностью питания, чем сельской. Аналогично дети, проживающие в г.Алматы и Северо-Восточном регионе, имели меньшую степень недостаточности питания по сравнению с детьми Южного и Центрального регионов республики.

Таблица 10.7 Статус питания детей в зависимости от демографических показателей

Процент детей в возрасте 0-35 месяцев с недостаточностью питания по трем антропометрическим индексам: рост/возраст, вес/возраст и вес/рост в зависимости от демографических показателей, Казахстан 1995

Демографические показатели	Рост/Возраст		Вес/Рост		Вес/Возраст		Кол-во детей
	Процент ниже -3 СО	Процент ниже -2 СО[1]	Процент ниже -3 СО	Процент ниже - 2СО[1]	Процент ниже - 3СО	Процент ниже - 2СО[1]	
Возраст							
< 6 месяцев	1.1	4.2	0.0	2.1	0.0	1.6	106
6-11 месяцев	1.3	9.6	0.0	3.5	0.9	5.1	124
12-23 месяцев	3.3	23.0	1.5	4.1	1.9	11.1	262
24-35 месяцев	5.0	16.3	0.3	2.7	2.0	10.0	224
Пол							
Мальчики	4.4	17.8	0.7	4.4	1.7	10.3	330
Девочки	2.0	14.1	0.6	2.3	1.3	6.6	387
Порядок родов							
1	3.1	11.8	0.0	2.0	0.0	5.2	275
2-3	3.3	17.0	1.2	3.3	2.3	10.3	327
4+	2.9	22.0	0.4	6.3	2.9	10.1	115
Межродовой интервал[2]							
< 24 месяцев	4.3	28.3	2.5	4.9	4.1	15.5	135
24-47 месяцев	4.4	20.1	0.3	3.0	2.7	8.6	166
48+ месяцев	0.7	6.6	0.5	4.7	0.5	7.3	139
Всего	3.1	15.8	0.6	3.3	1.5	8.3	717

Примечание: Цифры даны по детям, родившимся в период 0-35 месяцев, предшествовавших исследованию. Каждый индекс выражается в значениях стандартных отклонеиий (СО) от средней величины эталонной популяции NCHS/CDC /WHO. Дети, классифицировались как с недостаточностью питания при значении z-балла ниже минус два или минус три стандартных отклонения (-2СО и -3СО) от средней величины эталонной популяции NCSH.

[1] Включает детей с -3 СО

[2] Исключены первые роды

На рисунке 10.2 показаны различия в индексах задержки роста. Умеренная или тяжелая степени задержки роста были выявлены у значительной части детей, проживающих на селе (22 процента), в Южном и Центральном регионах (23 и 22 процента, соответственно), родившихся у женщин с начальным/средним образованием (20 процентов) и женщин казахской национальности (21 процент).

10.3 Статус питания женщин

В ПМДК были собраны антропометрические данные (рост и вес) женщин в возрасте 15-49 лет. Измерения были проведены у 98 респондентов ПМДК. В данной главе обсуждаются два параметра нутриционального статуса женщин: рост и индекс массы тела (ИМТ).

Рост женщин может быть ассоциирован с прошлым социально-экономическим положением и доступностью продуктов питания в детстве и отрочестве. Этот показатель является также и полезным клиническим индикатором риска осложнений родов, особенно риска

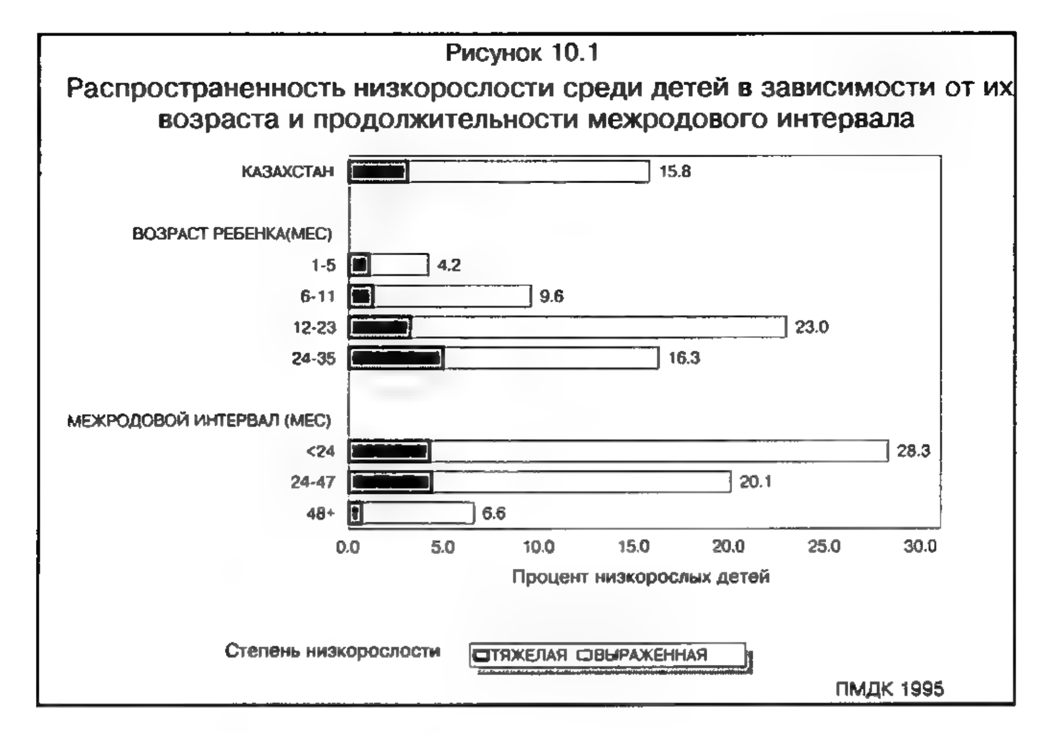

Рисунок 10.1
Распространенность низкорослости среди детей в зависимости от их возраста и продолжительности межродового интервала
КАЗАХСТАН
15.8
ВОЗРАСТ РЕБЕНКА(МЕС)
1-5
4.2
6-11
9.6
12-23
23.0
24-35
16.3
МЕЖРОДОВОЙ ИНТЕРВАЛ (МЕС)
<24
28.3
24-47
20.1
48+
6.6
0.0
5.0
10.0
15.0
20.0
25.0
30.0
Процент низкорослых детей
Степень низкорослости
ТЯЖЕЛАЯ
ВЫРАЖЕННАЯ
ПМДК 1995


Рисунок 10.2
Распространенность низкорослости в зависимости от социально-биологических факторов
КАЗАХСТАН
15.8
МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА
Город
7.5
Село
21.8
РЕГИОНЫ
Алматы
3.2
Юг
22.7
Запад
10.9
Центр
21.5
Север и Восток
7.0
ОБРАЗОВАНИЕ МАТЕРЕЙ
Начальное/Среднее
19.9
Средне-специальное
16.3
Высшее
4.7
НАЦИОНАЛЬНОСТЬ
Казашки
21.1
Русские
7.2
Другие
9.3
0.0
5.0
10.0
15.0
20.0
25.0
30.0
Процент низкорослых детей
Степень низкорослости:
ТЯЖЕЛАЯ
ВЫРАЖЕННАЯ
ПМДК 1995

Таблица 10.8 Статус питания детей в зависимости от социально-биологических факторов

Процент детей в возрасте 0-35 месяцев с недостаточностью питания по трем антропометрическим индексам: рост/возраст, вес/возраст и вес/рост в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Демографические показатели	Рост/Возраст		Вес/Рост		Вес/Возраст		Кол-во детей
	Процент ниже -3 СО	Процент ниже -2 СО[1]	Процент ниже -3 СО	Процент ниже - 2СО[1]	Процент ниже - 3СО	Процент ниже - 2СО[1]	
Местожительство							
Город	1.5	7.5	1.4	3.7	0.8	7.9	300
Село	4.3	21.8	0.1	3.0	2.0	8.6	416
Регион							
г.Алматы	0.0	3.2	0.0	1.6	0.0	6.5	27
Южный	3.9	22.7	1.1	5.9	1.9	11.0	318
Западный	2.7	10.9	1.2	3.7	1.7	6.7	95
Центральный	5.0	21.5	0.0	1.2	1.2	8.4	72
Северо-Восточный	1.9	7.0	0.0	0.0	1.0	5.1	204
Образование матери							
Начальное/среднее	3.2	19.9	0.8	4.5	1.7	9.3	262
Средне-специальное	3.8	16.3	0.2	2.9	1.8	9.0	343
Высшее	0.9	4.7	1.5	1.5	0.0	3.8	112
Национальность матери							
Казашки	4.6	21.1	0.7	3.6	1.8	10.3	421
Русские	1.2	7.2	1.1	1.7	1.2	4.3	161
Другие	0.8	9.3	0.0	4.0	0.8	6.8	135
Всего	3.1	15.8	0.6	3.3	1.5	8.3	717

Примечание: Цифры даны по детям, родившимся в период 0-35 месяцев, предшествовавших исследованию. Каждый индекс выражается в значениях стандартных отклонений (СО) от средней величины эталонной популяции NCHS/CDC /WHO. Дети, классифицировались как с недостаточностью питания при значении z-балла ниже минус два или минус три стандартных отклонения (-2СО и -3СО) от средней величины эталонной популяции NCHS.

[1] Включает детей с -3 СО

несоответствия размеров таза матери размерам головки плода. Женщины с ростом в пределах 140-150 см относятся к группе риска.

В таблице 10.9 отражено процентное распределение женщин в зависимости от роста. Средний рост женщин составил 159 см. Рост меньше 145 см выявлен у менее одного процента женщин.[2]

---

[2] Если за нижнюю границу нормы взять 150 см , то 6 процентов женщин составляли бы группу риска.

Анализ массы тела традиционно используются для оценки степени недостаточности питания или, наоборот, ожирения. Наиболее широко распространенным весовым показателем является индекс массы тела (ИМТ), который вычисляется путем деления веса в килограммах на рост в квадратных метрах. Значения ИМТ менее 18.5 кг/м$_2$ относятся к состоянию энергетической недостаточности для небеременных женщин. В таблице 10.9 показано, что среднее значение ИМТ среди небеременных женщин, прошедших антропометрические измерения[3], составило 24.8. У 8 процентов женщин ИМТ был ниже 18.5.

В таблице 10.10 показаны средние значения роста и ИМТ, а также процентное распределение женщин по ИМТ в зависимости от социально-биологических факторов. Обнаружены существенные различия в проценте женщин с ИМТ менее 18.5 кг/м$_2$.

Наименьшие значения ИМТ отмечалсь у женщин возрастом 15-19 лет, женщин, которые проживают в Западном регионе, женщин с начальным/средним уровнем образования, а также женщин-казашек.

Таблица 10.9 Антропометрические индексы в оценке статуса питания матерей

Среднее, стандартное отклонение и процентное распределение всех женщин по рсоту и индексу массы тела (ИМТ), Казахстан 1995

Показатели	Процент	Распределение включая пропущенных
Рост (см.)		
130.0-134.9	0.0	0.0
135.0-139.9	0.0	0.0
140.0-144.9	0.8	0.8
145.0-149.9	5.3	5.2
150.0-154.9	18.1	17.7
155.0-159.9	31.9	31.3
160.0-164.9	28.0	27.5
165.0-169.9	12.5	12.2
170.0-174.9	2.7	2.7
175.0-179.9	0.8	0.8
Пропущено	-	1.8
Всего	100.0	100.0
Рост средний	159.0	-
Стандартное отклонение	6.0	-
Кол-во женщин	3,704	3,771
ИМТ		
12.0-15.9	0.6	0.6
16.0-16.9	1.2	1.2
17.0-18.4	6.1	5.9
18.5-20.4	14.9	14.6
20.5-22.9	23.2	22.7
23.0-24.9	15.6	15.2
25.0-26.9	9.8	9.6
27.0-28.9	8.8	8.6
29.0-29.9	3.3	3.2
30.0-31.9	5.5	5.4
32.0-33.9	3.6	3.5
34.0-35.9	3.0	3.0
36.0-37.9	1.3	1.3
38.0-39.9	1.3	1.3
>= 40.0	1.8	1.8
Пропущено	-	2.1
Всего	100.0	100.0
Средний ИМТ	24.8	-
Стандартное отклонение	5.7	-
Кол-во женщин	3,518	3,594

Примечание: ИМТ не определен для беременных женщин и женщин, родивших за менее 3 месяцев, предшествовавщих исследованию.

[3]При анализе ИМТ беременные женщины были исключены, поскольку данные о точных сроках беременности, необходимые при проведении антропометрического измерения, отсутствовали.

Таблица 10.10 Статус питания женщин в зависимости от социально-биологических факторов

Средний рост, процент женщин 15-49 лет с ростом ниже 145 см, средний индекс массы тела (ИМТ), процентное распределение по ИМТ в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Рост			Индекс массы тела					
					Процентное распределение				Кол-во жен-щин
	Среднее	Процент < 145 см	Кол-во женщин	Среднее	< 18.5	18.5-29.9	≥30.0	Всего	
Возраст									
15-19	159.6	0.7	657	21.7	16.8	80.2	3.0	100.0	638
20-24	159.4	0.7	558	22.4	9.8	84.8	5.4	100.0	494
25-29	160.0	1.0	515	23.2	11.4	80.8	7.8	100.0	460
30-34	158.9	1.0	543	24.8	7.9	78.1	14.0	100.0	522
35-39	158.3	0.9	1,431	27.6	1.9	67.2	30.8	100.0	1,412
Местожительство									
Город	160.0	0.6	2,079	25.0	7.3	75.0	17.6	100.0	2,018
Село	157.8	1.2	1,625	24.5	8.5	75.9	15.6	100.0	1,507
Регион									
г.Алматы	161.3	0.3	258	24.7	6.1	78.7	15.2	100.0	252
Южный	158.2	0.9	1,182	24.0	8.4	79.3	12.3	100.0	1,096
Западный	158.4	1.8	461	24.0	10.6	77.1	12.3	100.0	437
Центральный	158.4	1.1	354	24.7	8.7	75.1	16.2	100.0	341
Северо-Восточный	159.7	0.5	1,449	25.7	6.7	71.3	22.0	100.0	1,400
Образование									
Начальное/среднее	158.3	1.6	1,352	24.4	10.0	74.7	15.3	100.0	1,290
Средне-специальное	159.1	0.5	1,693	25.3	6.6	74.3	19.1	100.0	1,611
Высшее	160.3	0.1	658	24.3	6.7	79.7	13.6	100.0	625
Национальность									
Казашки	157.5	1.0	1,660	23.5	11.0	78.1	10.9	100.0	1,564
Русские	160.8	0.5	1,289	25.7	5.2	74.1	20.7	100.0	1,245
Другие	159.3	1.0	754	26.0	5.7	71.8	22.5	100.0	716
Всего	159.0	0.8	3,704	24.8	7.9	75.4	16.7	100.0	3,525

Примечание: ИМТ не определен для беременных женщин и женщин, родивших менее 3 месяцев, предшествовавших исследованию.

ГЛАВА 11

АНЕМИЯ

Алмаз Т. Шарманов

11.1 Введение

Анемия - это состояние, характеризующееся снижением количества эритроцитов и концентрации гемоглобина в крови. Анемия является проявлением недостаточности железа, фолиевой кислоты, витамина B_{12} и ряда других нутриентов. Хотя важнейшими этиологическими факторами являются кровотечения, инфекции, генетические нарушения или хронические заболевания, дефицит биологически доступного железа является наиболее распространенной причиной развития анемии (INACG, 1979, 1989; DeMaeyer et al., 1989; Hercberg and Galan, 1992; Yip, 1994).

Анемия оказывает неблагоприятное влияние на здоровье женщин и детей. Показано, что среди женщин, страдающих анемией, неблагоприятные исходы беременности наблюдаются значительно чаще, чем среди тех, кто не страдает анемией (INACG, 1989). У беременных женщин с тяжелой степенью анемии отмечаются нарушения транспорта кислорода, что может представлять серьезную опасность во время родов, особенно тогда, когда имеют место обширные кровотечения. Такие ситуации могут оказаться важной причиной материнской, а также пренатальной и перинатальной младенческой смертности (Fleming; 1987, Omar et al., 1993; Thonneau, et al. 1992). Кроме того, в ряде исследований было показано, что железодефицитная анемия среди детей приводит к нарушениям психомоторного развития и координации, а также общей задержке развития (Scrimshaw, 1984; Lozoff, et al., 1991). Анемия предрасполагает к возникновению инфекционных заболеваний, вызывая нарушения ряда иммунных механизмов.

Анемия признана одной из ведущих проблем мирового здравоохранения. Согласно анализу результатов эпидемиологических исследований, проведенному в середине 80-х годов Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), в мире около 35 процентов женщин и 43 процентов детей раннего возраста страдают анемией. В развивающихся странах анемией страдают более половины женщин и детей. В США и Европе распространенность анемии среди женщин и детей раннего возраста составляет от 7 до 12 процентов. Наибольшее распространение анемия получила в Южной Азии и некоторых регионах Африки (DeMaeyer et al., 1989).

На протяжении десятилетий анемия остается одной из ведущих проблем здравоохранения в Казахстане. По данным исследований, проведенных Институтом питания в 1988 году в четырех регионах республики, у 60 процентов небеременных и некормящих женщин и 60-80 процентов беременных была обнаружена анемия на основании определения гемоглобина и гематокрита (Измухамбетов, 1990). По результатам исследований распространенности анемии, проведенных в 1993 году американской группой Crosslink в Муйнакском районе Каракалпакстана, свыше 60 процентов женщин репродуктивного возраста и около 80 процентов детей в возрасте до трех лет страдают анемией (Morse, 1994). Низкие показатели железа и ферритина свидетельствовали о том, что дефицит железа является основной причиной анемии среди женщин и детей раннего возраста в этом регионе.

Исследования Лондонского Института тропической медицины в Казалинском районе Кзыл-Ординской области, проведенные в июле 1994 года, позволили установить, что распространенность анемии среди женщин 15-49 лет составляет 46 процентов, среди детей 6-60 месяцев - 64 процента (London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1994).

11.2 Материалы и методы оценки анемии, использованные в ПМДК

Оценка распространенности анемии среди женщин и детей являлась одной из основных задач ПМДК. Это первое широкомасштабное исследование распространенности анемии в Казахстане, выполненное на общенациональном уровне с использованием научно обоснованной репрезентативной выборки. Исследование предусматривало измерение уровня гемоглобина в крови женщин и детей с целью оценки распространенности и тяжести анемии, идентификации демографических, социально-экономических, нутрициологических и других факторов риска развития анемии среди различных групп населения Казахстана в зависимости от региона проживания, уровня образования и т.д. В настоящей главе представлены результаты исследования анемии.

В исследовании приняло участие 3658 женщин в возрасте 15-49 лет и 739 их детей в возрасте до трех лет. До начала проведения анализа женщин просили подписать письмо-соглашение о том, что они согласны на взятие крови для тестирования на анемию.

Гемоглобин определялся в капиллярной крови. Для этого кровь бралась из пальца при помощи ланцетов Tenderlett (стерильных инструментов, позволяющих безболезненно произвести кожную пункцию). Измерения уровня гемоглобина проводились с помощью прибора Hemocue, который состоит из портативного фотометра, работающего на автономном питании, а также кюветы, представляющей собой одновременно приспособление для забора крови и место, где происходит биохимическая реакция. Процедура взятия крови и измерения гемоглобина осуществлялась медработником. Она занимала лишь несколько минут, что имело немаловажное значение для полевых условий исследования.

Анемия классифицировалась как тяжелая, выраженная и умеренная на основании критериев, установленных ВОЗ в зависимости от концентрации гемоглобина в крови (DeMaeyer et al., 1989). Тяжелая анемия соответствовала концентрации гемоглобина ниже 7.0 г/дл; выраженная - концентрации гемоглобина 7.0-9.9 г/дл; умеренная - концентрации гемоглобина 10.0-11.9 г/дл (10 - 10.9 для беременных женщин и детей до трех лет).

11.3 Анемия среди женщин в возрасте 15-49 лет

В таблице 11.1 отражены результаты исследования анемии среди женщин. В целом по всему Казахстану почти у половины (49 процентов) женщин в выборке была выявлена анемия. Около 12 процентов из них страдали анемией выраженной или тяжелой степени с уровнем гемоглобина менее 10 г/дл. Наибольшее распространение анемии выявлено в Западном регионе Казахстана, где у 19 процентов женщин была диагностирована анемия выраженной или тяжелой степени. Процент женщин с тяжелой и выраженной степенью анемии был значительно выше среди казашек а также сельских жительниц по-сравнению с женщинами русской национальности и городскими жительницами. Женщины с начальным/средним уровнем образования более подвержены анемии, чем женщины с высшим уровнем образования. В исследовании не выявлено существенных возрастных различий в уровнях анемии, за исключением относительно низкой частоты анемии выраженной степени среди женщин 15-19 лет.

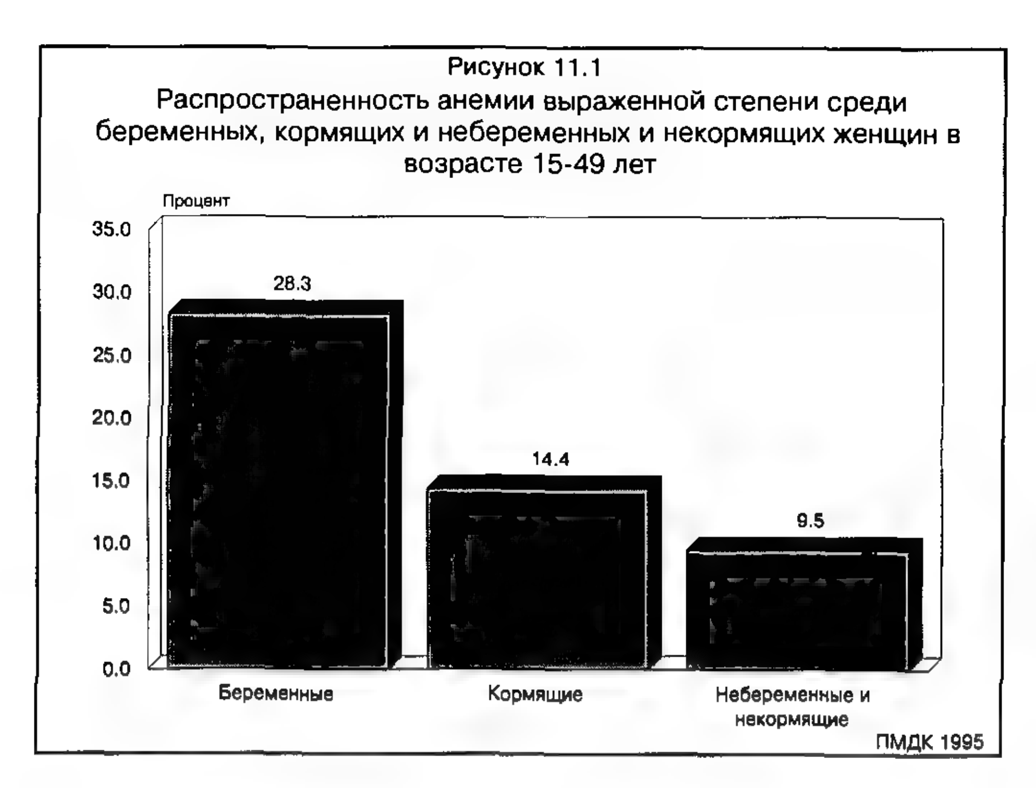
Таблица 11.1 Анемия среди женщин

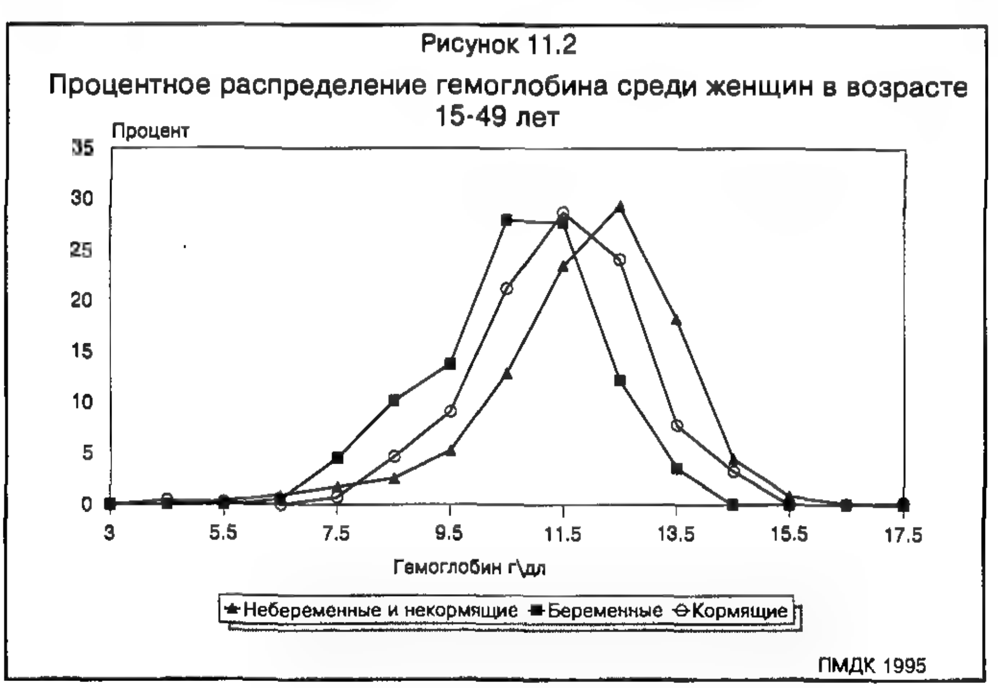
Процент женщин в возрасте 15-49 лет, классифицированных как имеющие анемию, в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Процент женщин с: Тяжелой анемией [1]	Выраженной анемией [2]	Умеренной анемией [3]	Количество обследованных женщин
Возраст				
15-19	0.4	6.4	38.8	657
20-24	0.6	11.4	39.0	557
25-29	0.9	10.5	35.8	514
30-34	2.1	11.8	39.4	539
35-39	1.5	12.2	37.4	552
40-44	0.8	10.1	34.0	521
45-49	2.0	13.8	33.0	344
Местожительство				
Город	0.7	9.0	36.5	2058
Село	1.7	12.6	37.8	1626
Регион				
г.Алматы	1.1	9.4	27.7	249
Южный	0.8	10.6	38.9	1177
Западный	2.5	16.4	40.0	459
Центральный	0.7	8.0	35.1	354
Северо-Восточный	1.1	9.5	36.8	1445
Образование				
Начальное/Среднее	1.3	11.6	37.8	1352
Средне-специальное	1.0	10.7	37.9	1681
Высшее	1.1	8.2	33.5	651
Национальность				
Казашки	1.9	14.3	40.7	1654
Русские	0.7	7.2	33.8	1283
Другие	0.3	8.2	34.7	747
Всего	1.1	10.6	37.1	3684

[1] Уровень гемоглобина ниже 7 г/дл
[2] Уровень гемоглобина 7 - 9.9 г/дл
[3] Уровень гемоглобина 10 - 11.9 г/дл (10-10,9 г/дл для беременных женщин)

На рисунке 11.1 представлены проценты выраженной анемии среди беременных, кормящих, а также небеременных и некормящих женщин. Среди беременных женщин уровень выраженной анемии в два -три раза выше, чем небеременных (кормящих и некормящих). Эти различия также наблюдаются при анализе распределения гемоглобина. На рисунке 11.2 отражено распределение гемоглобина среди беременных, кормящих, а также небеременных и некормящих женщин. Как видно, кривая распределения гемоглобина у беременных и кормящих женщин сдвинута влево от кривой распределения гемоглобина у небеременных и некормящих. Данный сдвиг в большей степени выражен среди беременных женщин, чем среди кормящих.



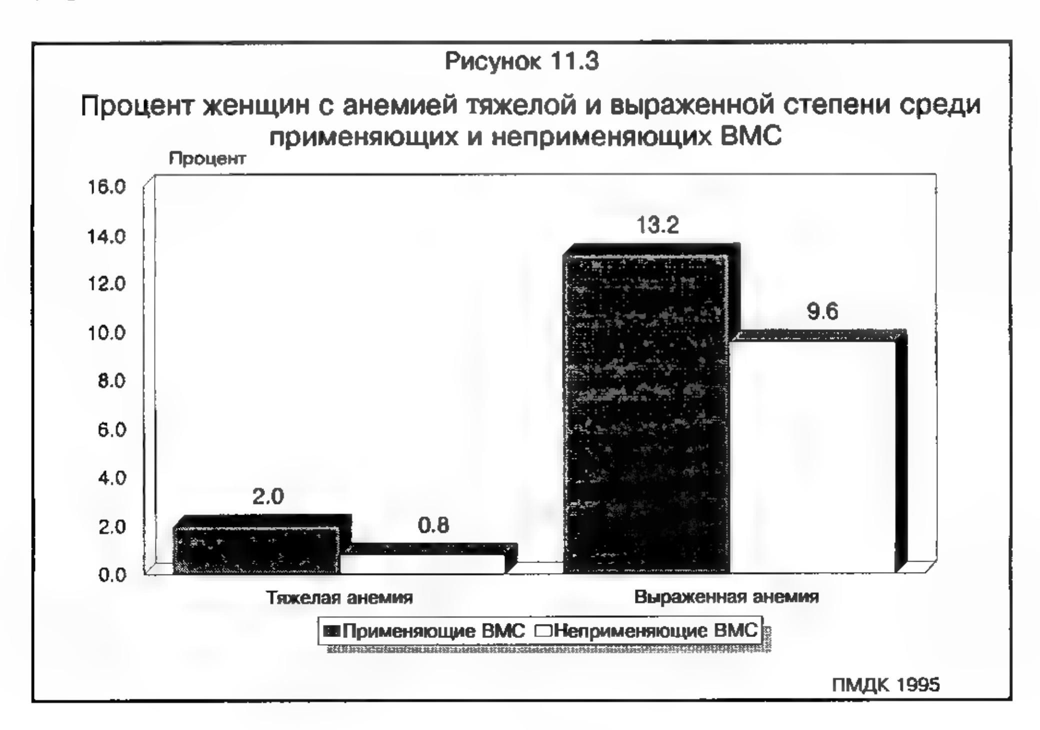


Имеются достаточные основания считать, что в Казахстане анемия среди женщин главным образом обусловлена недостаточностью в питании железа. Определение гемоглобина в крови, являющегося железосодержащим белком, может быть использовано в качестве скрининг-теста железодефицитных состояний. Вместе с тем, надо учесть, что анемия отражает лишь "видимую" часть выраженной недостаточности железа; в то время как истинная распространенность

железодефицитного состояния значительно больше той, которая может быть определена лишь на основании измерения гемоглобина. Железодефицитные состояния развиваются главным образом из-за недостаточного потребления продуктов питания, содержащих биодоступное железо, а также промоторов всасывания железа, таких как животный белок и аскорбиновая кислота. Результаты ряда исследований по оценке питания различных групп населения Казахстана, проведенных Институтом питания, свидетельствуют о низком потреблении белков животного происхождения, эссенциальных витаминов и микроэлементов (Институт питания, 1996). Дефицит железа и других нутриентов является особенно критическим во время беременности и в период роста в раннем детстве.

В тех популяциях, в которых дефицит железа является основным этиологическим фактором анемии, наиболее подверженными развитию анемии становятся те категории населения, у которых повышена потребность в железе. К этим категориям относятся беременные женщины и дети раннего возраста. У них чаще развивается отрицательный баланс железа вследствие неадекватности его поступления в организм повышенным потребностям в нем. По этой причине при общем высоком уровне железодефицитных состояний среди населения, беременные женщины, призванные обеспечивать плод значительным количеством железа, будут находиться под более высоким риском развития анемии по-сравнению с небеременными.

Как было указано выше, одной из причин анемии, помимо нутриционального дефицита железа, является потеря крови. Ежемесячные потери крови с менструацией возрастают от в среднем 30 мл среди женщин, которые не применяют методы контрацепции, до 50 мл среди женщин, использующих внутриматочные средства (ВМС) (INACG,1989). Хроническое использование ВМС может приводить к истощению запасов железа и, следовательно, к развитию железо-дефицитной анемии (Palomo et al., 1993). По данным ПМДК почти 40 процентов замужних женщин в Казахстане используют ВМС. Уровень распространенности анемии среди респондентов в зависимости от применения ими ВМС ко времени проведения ПМДК представлен на рисунке 11.3. Как видно, уровень анемии тяжелой и выраженной степени среди женщин, применявших ВМС, был значительно выше, чем среди тех, кто не применял.



11.4 Анемия среди детей

В таблице 11.2 представлены данные по анемии среди детей. В целом по Казахстану выявлен высокий уровень распространенности анемии (69 процентов) среди детей в возрасте до трех лет. У одной трети всех детей диагностирована анемия выраженной степени. У шести процентов выявлена анемия тяжелой степени. Также как и среди женщин, наиболее высокий уровень распространенности анемии среди детей обнаружен на Западе Казахстана. Почти у половины из них дагностирована анемия выраженной степени, а у 8 процентов - анемия тяжелой степени.

Таблица 11.2 Анемия среди детей

Процент детей, классифицированных как имеющие анемию, в зависимости от социально-биологических факторов, Казахстан 1995

Социально-биологические факторы	Процент детей с : Тяжелой анемией [1]	Выраженной анемией [2]	Умеренной анемией [3]	Количество детей
Местожительство				
Город	4.5	26.9	32.3	293
Село	6.1	38.2	28.6	422
Регион				
г.Алматы	1.5	20.0	26.2	29
Южный	7.4	32.8	32.7	319
Западный	7.7	47.3	26.0	93
Центральный	5.1	40.0	21.7	73
Северо-Восточный	2.0	27.9	31.7	200
Образование				
Начальное/среднее	6.7	35.3	25.7	261
Средне-специальное	5.3	32.9	33.8	340
Высшее	3.0	31.7	29.5	113
Национальность				
Казахи	8.9	40.6	28.2	420
Русские	0.0	27.5	31.0	159
Другие	1.3	19.0	35.1	135
Всего	5.5	33.6	30.1	714

[1] Уровень гемоглобина меньше 7г/дл
[2] Уровень гемоглобина 7-9.9 г/дл
[3] Уровень гемоглобина10-10.9 г/дл

Наиболее значительные различия выявлены при анализе анемии тяжелой степени. Распространенность анемии тяжелой степени среди детей казахской национальности составила 9 процентов, тогда как среди русских детей не было выявлено случаев тяжелой анемии. Среди других этнических групп этот показатель составил 1 процент. Анемия тяжелой степени в 2-5 раз более распространена среди детей, чьи матери имели начальный/средний уровень образования, а также среди детей, проживающих на юге, западе и центре республики, по-сравнению с другими группами детей. Среди детей, проживающих в сельской местности частота анемии выраженной и тяжелой степени значительно выше, чем среди городских детей.

В таблице 11.3 представлены данные по распространенности анемии в зависимости от некоторых демографических показателей. Распространенность анемии тяжелой степени прямо пропорциональна паритету родов. В среднем по-меньшей мере 12 процентов детей, родившихся от 4-5, а также 6 и более родов, имели анемию тяжелой степени; одна треть таких детей - анемию выраженной степени. Причем процент детей с тяжелой степенью анемии в этих группах в два-три раза выше, чем среди детей, родившихся от первых родов. Вероятность развития анемии выраженной и тяжелой степени повышается с возрастом, достигая пика в 12-23 месяцев (48 процентов). Процент детей с тяжелой анемией в возрасте 12-23 месяцев, в четыре раза выше, чем процент детей с тяжелой анемией в возрасте менее 6 месяцев.

Таблица 11.3 Анемия среди детей в зависимости от демографических показателей

Процент детей, классифицированных как имеющие анемию, в зависимости от демографических показателей, Казахстан

Демографические показатели	Процент детей с: Тяжелой анемией [1]	Выраженной анемией [2]	Умеренной анемией [3]	Количество обследованных детей
Пол				
Муж.	6.6	38.3	27.1	331
Жен.	4.5	29.5	32.8	384
Возраст				
< 6 месяцев	1.7	38.3	24.9	103
6-11 месяцев	2.8	25.4	48.1	126
12-23 месяцев	7.2	40.6	28.2	264
24-35 месяцев	6.6	27.7	24.6	222
Паритет родов				
1	4.2	33.8	26.0	271
2-3	4.6	32.5	34.3	324
4-5	10.3	38.4	28.3	93
6+	12.3	28.0	29.3	26
Межродовой интервал				
< 24 месяцев	4.5	39.3	31.4	138
24-47 месяцев	8.4	36.9	34.3	164
48+ месяцев	5.4	24.1	31.4	140
Всего	5.5	33.6	30.1	714

[1] Уровень гемоглобина меньше 7г/дл
[2] Уровень гемоглобина 7-9.9 г/дл
[3] Уровень гемоглобина10-10.9 г/дл

Относительно высокий уровень анемии, выявленный среди детей возрастной группы 12-24 месяцев, может найти объяснение в комбинации повышенной потребности в железе, связанной с ускоренным физическим ростом в этом возрасте, с относительно низким содержанием железа в рационе. Это согласуется с рядом исследований, свидетельствующих о повышенной вероятности истощения запасов железа у детей в возрстном промежутке от 6 месяцев

до 2-3 лет (INACG, 1979; Cook and Bothwell, 1984; Oski, 1993). Кроме того, раннее введение в рацион коровьего молока взамен грудному вскармливанию, относительно низкий прием мясных продуктов, являющихся основным источником поступления железа, наряду с традицией давать младенцам чай, содержащий, как известно таннин - ингибитор всасывания железа, могут также явиться причинами низкого поступления в организм детей железа и развития анемии (см. главы 10.1.2 и 10.1.3).

Среди детей, родившихся с межродовым интервалом 24-47 месяцев, распространенность анемии тяжелой степени выше, чем среди детей, родившихся с интервалом менее 24 месяцев или более 2 лет (Таблица 11.3). Частота анемии тяжелой и выраженной степени выше среди мальчиков, чем среди девочек.

Определенная взаимосвязь была обнаружена между распространенностью анемии среди женщин и их детей. В таблице 11.4 показана распространенность анемии среди детей в зависимости от наличия анемии той или иной степени у их матерей. Среди детей, у чьих матерей была диагностирована анемия выраженной степени, у 12 процентов выявлена тяжелая анемия, а у 45 процентов - анемия выраженной степени. Частота анемии тяжелой степени среди этих детей более чем в три раза выше, чем среди детей, чьи матери были здоровы.

Таблица 11.4 Анемия среди детей, родившихся у матерей с анемией

Процентное распределение детей в возрасте до трех лет, классифицированных как имеющие анемию, в зависимости от степени выраженности анемии у матерей, Казахстан 1995

Степень анемии у матерей	Степень анемии у детей: Тяжелая анемия [1]	Выраженная анемия [2]	Умеренная анемия [3]	Всего	Количество обследованных детей
Тяжелая анемия [1]	0.0	68.4	31.6	100.0	4
Выраженная анемия [2]	12.1	44.9	25.0	100.0	103
Умеренная анемия [3]	5.1	33.4	31.6	100.0	264
Нет анемии	3.6	29.3	30.3	100.0	291
Всего	5.5	33.6	30.1	100.0	714

[1] Уровень гемоглобина меньше 7г/дл
[2] Уровень гемоглобина 7-9.9 г/дл
[3] Уровень гемоглобина10-11.9 г/дл (10-10.9 г/дл для беременных женщин и детей до трех лет)

Таким образом, существует ряд предрасполагающих демографических факторов, повышающих вероятность возникновения анемии среди детей. К ним относятся: возраст детей 12-23 месяцев, высокий паритет родов, межродовой интервал 24-47 месяцев и наличие анемии у матерей.

11.5 Заключение

Результаты исследования анемии в Казахстане позволили установить высокий уровень распространенности анемии среди женщин и детей как в республике в целом, так и в отдельных ее регионах. Отрицательный баланс железа, вероятно, является основной причиной анемии у женщин и детей.

Эти результаты согласуется с данными, полученными в результате проведения двух упомянутых выше программ: программы Crosslink в Муйнакском районе Каракалпакстана и исследования с участием Лондонского института тропической медицины в Кзыл-Ординской области Казахстана (Morse, 1994; London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1994). Оба исследования выявили одинаково высокую степень распространенности анемии среди женщин и детей, проживающих в Приаралье - районе экологического бедствия. В ПМДК часть Приаралья вошла в состав Южного и Западного регионов исследования Казахстана. В этих регионах уровень анемии был наиболее высоким.

Маловероятно, что гемоглобинопатии могут служить сколько-нибудь значительным патогенетическим фактором анемии в Казахстане. В исследовании, проведенном группой Crosslink, только у 0,14 процента жителей, проживающих в Муйнакском районе Каракалпакстана, была диагностирована гемоглобинопатия (талассемия не выявлена) (Morse, 1994). Учитывая генетические сходства лиц казахского и каракалпакского происхождения, можно предположить, что распространенность гемоглобинопатий среди лиц казахской национальности также низка.

Данные ПМДК, также как и результаты других исследований, могут послужить серьезной основой для разработки превентивных программ по предупреждению осложнений беременностей и родов, связанных с анемией. Преимуществом такого рода исследований является то, что они позволяют сфокусировать усилия на определенных группах населения (в зависимости от этнической принадлежности, места проживания и т.д.), среди которых отмечается наиболее высокая распространенность анемии.

Поскольку, как указывалось выше, анемия представляет собой лишь наиболее выраженное проявление недостаточности железа, истинные масштабы железодефицитных состояний среди населения Казахстана, где у 49 процентов женщин и почти 70 процентов детей выявлена анемия, намного выше, чем это позволяет установить определение гемоглобина. По этой причине есть все основания рекомендовать для некоторых регионов Казахстана разработку программ по фортификации (обогащению) продуктов питания железом. Альтернативный подход заключается в селективном распространении лекарственных препаратов с повышенным содержанием железа, аскорбиновой кислоты и других эссенциальных витаминов и микроэлементов среди наиболее уязвимых групп - беременных женщин и детей раннего возраста.

БИБЛИОГРАФИЯ

Абылгожин Ж.Б., М.К. Козыбаев и М.Б. Татимов. 1989. Казахстанская трагедия. *Вопросы Истории* 7:53-72.

Госкомстат (Государственный комитет по статистике Республики Казахстан). 1990. *Перепись 1989.* Алма-Ата, Казахстан

Госкомстат (Государственный комитет по статистике Республики Казахстан). 1993. *Демографический ежегодник Казахстана.*- Информационный Центр Казахстана. Алматы

Госкомстат (Государственный комитет по статистике Республики Казахстан). 1996. *Краткий статистический ежегодник Казахстана 1995.*- Госкомстат. Алматы

Измухамбетов Т.А. 1990. Железо-дефицитная анемия и здоровье населения Казахстана. В сб. Железо-дефицитная анемия как региональная проблема Казахстана (под ред. Т.Ш.Шарманова). Алма-Ата, Институт питания. стр 3-9.

Институт питания. 1996. *Национальная политика по питанию Казахстана.* Алматы, Казахстан, Институт питания МН-АН РК.

История Казахстана. 1979. Под ред. Баишева С.Б, С.Б. Бейсебаева и Ж.Ф. Кенесбаева. Том. 3. Алма-Ата, Казахстан: Наука.

История Казахской ССР. С древнейших времен до наших дней. 1979. Под ред. А.Н. Нусупбекова. 3 том. (Нусупбеков А.Н., Сулейменов Б.С., Басин В.Я., Сабырханов А.С. *Годы великого бедствия.* С.13-25.). Алма-Ата.

Министерство здравоохранения РК, 1995. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 1994 году.*- Министерство здравоохранения РК.- Алматы, 1996.- 240 С.

Министерство здравоохранения РК, 1996. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность учреждений здравоохранения в 1995 году.*- Министерство здравоохранения РК.- Алматы, 1996.- 240 С.

Barr, D.A., and M.G. Field. 1996. The current state of health care in the former Soviet Union: Implications for health care policy and reform. *American Journal of Public Health* 86:307-312.

Church, Mary, and Eugene Koutanev. 1995. *Health sector indicators available through government institutions in the central Asian region of the former Soviet Union.* Almaty, Kazakstan: Zdravreform, Abt Associates, Inc.

Cook, J.D., and T.H. Bothwell. 1984. Availability of iron from infant foods. In *Iron Nutrition in Infancy and Childhood*, ed. A. Stekel. New York: Nestlй, Vevey/Raven Press. 119-145.

DeMaeyer, E.M., P. Dallman, J.M. Gurney, L. Hallberg, S.K. Sood, and S.G. Srikantia. 1989. *Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care.* A guide for Health administrators and program managers. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Fleming, A.F. 1987. Maternal anemia in northern Nigeria: Causes and solutions. *World Health Forum* 8(3):339-343.

Foreit, Karen and Susan McCombie. 1995. *Family planning knowledge, attitudes, and practices among urban women in Kazakstan.* Washington, D.C.: The Futures Group.

Hercberg, S., and P. Galan. 1992. Nutritional anemias. *Bailliuire's Clinical Haematology* 5(1):143.

Hobcraft, J. and D. Guz. 1991. Breastfeeding and fertility: A comparative analysis. *Population Studies* 45(1): 91-108.

International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG). 1979. *Iron Deficiency in Infancy and Childhood.* Geneva, Switzerland: INACG, World Health Organization..

International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG). 1989. *Iron Deficiency in Women.* Geneva, Switzerland: INACG, World Health Organization.

London School of Hygiene and Tropical Medicine. 1994. *Preliminary report of a survey on anemia in the Kzyl Orda region of Kazakhstan.* Washington, D.C.: IMPACT Project, USAID.

Lozoff, B., E. Jimenez, and A.W. Wolf. 1991. Long-term development outcome of infants with iron deficiency. *New England Journal of Medicine* 325(10):687-694.

Morse, C. 1994. *A study of the prevalence and causes of anemia, Muynak district, Karakalpakistan, the Republic of Uzbekistan.* Washington, D.C.: IMPACT Project, USAID.

Mroz, Thomas and Barry Popkin. 1995. *Family planning and abortion in the Russian Federation: The Russian Longitudinal Monitoring Survey, 1992-94.* Chapel Hill, North Carolina: University of North Carolina.

Olcott, M.B. 1995. *The Kazakhs.* 2d ed. Stanford: Hoover Institution Press.

Omar, M.M., U. Hogberg, and B. Bergstrom. 1994. Maternal health and child survival in relation to socioeconomic factors. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 38(2):107-112.

Oski, F.A. 1993. Iron deficiency in infancy and childhood. *New England Journal of Medicine* 329(3):190-193.

Palomo, I., G. Grebe, M. Ferrada, J.M. Carrasco, M. Maffioletti, and E. Felix. 1993. Effects of the prolonged use of intrauterine devices (IUDs) and oral contraceptives on iron nutrition. *Revista Müdica de Chile* 121(6):639-644.

Potts, M., S. Thapa, and M.A. Herbertson. 1985. Breastfeeding and fertility. *Journal of Biosocial Science* Supplement No. 9.

Scrimshaw, N.S. 1984. Functional consequences of iron deficiency in human populations. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology* 30:47-63.

Sharmanov, T., A. McAlister, and A. Sharmanov. 1996. Health care in Kazakstan. *World Health Forum* 17(2):197-199.

Thonneau, P., B. Toure, P. Cantrelle, T.M. Barry, and E. Papiernik. 1992. Risk factors for maternal mortality: Results of a case-control study conducted in Conakry (Guinea). *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 39(2):87-92.

United Nations. 1982. *Non-sampling errors in household surveys: Sources, assessment and control.* National Household Survey Capability Program. New York: United Nations.

United Nations. 1992. *1990 Demographic yearbook.* New York: United Nations.

United Nations. 1994. *Report of the United Nations Interagency Mission on Urgent Social Issues in Kazakstan.* Almaty, Kazakstan: UNDP/UNICEF.

United Nations Development Program (UNDP). 1995. *Kazakstan human development report 1995.* Almaty, Kazakstan: UNDP.

World Health Organization (WHO). 1978. *Declaration of Alma-Ata.* Report on the International Conference on Primary Health Care. Geneva: Switzerland: WHO.

World Health Organization (WHO)/UNICEF. 1990. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion, and Support of Breastfeeding. Adopted at the WHO/UNICEF meeting, Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative, August, Florence, Italy.

Yip, R. 1994. Iron deficiency: Contemporary scientific issues and international programmatic approaches. Symposium: Clinical nutrition in developing countries. *Journal of Nutrition* 124:1479S-1490S.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЫБОРКА

ПРИЛОЖЕНИЕ А

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЫБОРКА

Тан Ли

А.1 Введение

В ПМДК была использована общенациональная, репрезентативная, вероятностная выборка женщин в возрасте от 15 до 49 лет. Казахстан был разделен на пять демографических регионов. Город Алматы представлял самостоятельный регион. Областной состав остальных четырех регионов был представлен следующим образом:

г.Алматы

Южный регион:	Талдыкорганская, Алматинская, Жамбылская, Южно-Казахстанская и Кзыл-Ординская области
Западный регион:	Актюбинская, Мангыстауская, Атырауская и Западно-Казахстанская области
Центральный регион:	Жезказганская, Семипалатинская и Торгайская области
Северный и восточный регион:	Акмолинская, Кокшетауская, Северо-Казахстанская и Костанайская области.

Важно отметить, что областной состав регионов был основан на их географической близости, а также схожести областей по параметрам, характеризующим репродуктивное здоровье. В ПМДК Южный и Западный регионы состояли из областей, которые традиционно входят в состав географических южного и западного регионов Казахстана. В состав Центрального региона входили области, в которых уровень рождаемости близок к среднему общенациональному. Регион Севера и Востока состоит из 7 областей, где относительно высок процент русскоязычного населения, а уровень рождаемости ниже средненационального.

А.2 Характеристика статистической выборки ПМДК

В г. Алматы выборка была проведена в две стадии. На первой стадии 40 переписных счетных участков были отобраны с равной вероятностью из имеющегося перечня счетных участков по данным Переписи населения 1989 года[1] В отобранных счетных участках был составлен список домовладений. Первоначальные списки явились основой для дальнейшего отбора тех домовладений, в которых во время основных полевых исследований должно было пройти интервьюирование. В этих домовладениях были отобраны женщины в возрасте от 15 до 49 лет для индивидуального интервьюирования.

---

[1]Материалы Переписи были в относительно хорошем состоянии только по г.Алматы. Материалы по остальным регионам оказались в непригодном состоянии по всем *областям* и поэтому не были использованы. По этой причине структура выборки была различной для города и села.

В сельских районах статистическая выборка была основана на первичных единицах выборки (ПЕВ), которые соответствовали отдельным сельским *районам*. ПЕВ были отобраны с равной вероятностью, пропорционально размеру, который определялся количеством населения *районов* по данным Госкомстата за 1993 год (Госкомстат, 1993). На второй стадии в каждом отобранном *районе* было определено по одному селу, предназначенному для исследований. Указанные села были статистически отобраны из списка сельских населенных пунктов, входивших в состав данного *района* по Переписи 1989 года. Таким образом, было отобрано 50 сельских кластеров, в которых были статистически определены домовладения для последующего интервьюирования.

Для городских местностей, за исключением города Алматы, ПЕВ были представлены как большими, так и малыми городами. На второй стадии выборки были составлены списки терапевтических участков, из числа которых были отобраны для исследований по одному терапевтическому участку[2] в малых городах и по несколько терапевтических участков в больших городах. Крупные терапевтические участки были сегментированы для последующего составления списка домовладений в отдельных сегментах. На третьей стадии выборки был произведен отбор домовладений в пределах сегментов терапевтических участков. Всего по Казахстану было отобрано 86 терапевтических участков.

А.3 Распределение выборки

В таблицах А.1 и А.2 представлено распределение населения Республики Казахстан в различных регионах исследования, согласно Статистическому ежегоднику Госкомстата республики за 1993 год (Госкомстат, 1993).

Таблица А.1 Распределение населения по регионам, Госкомстат 1993г.

Регион	Город	Село	Всего
г. Алматы	1197900	0	1197900
Южный	2271300	3102200	5373500
Западный	1271200	956800	2228000
Центральный	931300	721100	1652400
Северо-Восточный	4046300	2487600	6533900
Всего	9718000	7267700	16985700

[2] В Казахстане каждый больший или маленький город разделен на терапевтические участки, который курируется участковым врачом. Население, проживающее на терапевтическом участке, как правило, обращается за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. Каждый врач имеет карту участка и список домовладений, находящихся на этом участке. В среднем, на терапевтическом участке проживает около 2000 человек . Существуют три разновидности участков в зависимости от вида медицинского учреждения: поликлиники по месту жительства, детской поликлиники, женской консультации. В ПМДК большие по количеству проживающего населения терапевтические участки были разделены на отдельные сегменты.

Таблица А.2. Процентное распределение населения по регионам,Госкомстат 1993 г

Регион	Город	Село	Всего
г.Алматы	100.0%	0.0%	7.1%
Южный	42.3%	57.7%	31.6%
Западный	57.1%	42.9%	13.1%
Центральный	56.4%	43.6%	9.7%
Северо-Восточный	61.9%	38.1%	38.5%
Всего	57.2%	42.8%	100%

Городские и сельские районы, входящие в состав отдельных регионов, соответствовали так называемым слоям выборки. Таким образом, было отобрано девять слоев,включая г. Алматы, представляющий отдельный слой. Пропорциональное распределение 4000 женщин по 9 слоям представлено следующим образом:

Таблица А.3 Пропорциональное распределение респондентов

Регион	Город	Село	Всего
г.Алматы	282	0	282
Южный	535	730	1265
Западный	300	225	525
Центральный	219	170	389
Северо-Восточный	953	586	1539
Всего	2289	1711	4000

Вышеуказанное пропорциональное распределение представляло бы собой законченную взвешенную выборку, однако оно не позволило бы првести достоверный статистический анализ в г. Алматы, Западном и Центральном регионах. Результаты других медико-демографических исследований показывают, что минимальная выборка, состоящая из 1000 женщин, является достаточной для оценки показателей рождаемости и детской смертности на приемлемом уровне с учетом ошибок выборки. Принимая во внимание, что общий размер выборки в ПМДК не может быть увеличен, чтобы достичь допустимого уровня ошибок, было решено, что выборка будет распределена в равной мере по всем пяти регионам, а в пределах каждого региона пропорционально в городской и сельской местностях. На основе указанного типа распределения такие демографические параметры, как рождаемость и смертность, не могут быть рассчитаны в отдельности для каждого региона. В таблице А.4 отражено предложенное распределение.

Таблица А.4 Предложенное распределение респондентов

Регион	Город	Село	Всего
г.Алматы	800	0	800
Южный	338	462	800
Западный	456	344	800
Центральный	451	349	800
Северо-Восточный	495	305	800
Всего	2540	1460	4000

Количество кластеров (пунктов выборки), отобранных для каждого слоя, вычислялось путем деления количества женщин в каждом слое на среднее число в кластере. Анализ ранее проведенных подобных исследований предполагает, что оптимальное количество женщин для интервьюирования должно составлять около 20-25 в каждом городском и 30-35 в каждом сельском кластерах. Если в среднем 20 женщин в каждом городском и 30 в сельском кластерах были бы проинтервьюированы, распределение кластеров было бы следующим:

Количество кластеров в Южном регионе (таблица А.5)вследствие округления оказалось несколько меньше ожидаемого. Поэтому количество кластеров было пересмотрено таким образом, что (1) оно оставалось четным, а (2) ожидаемый размер региональной выборки не оказался меньше необходимого минимума, составляющего 800. Четное количество кластеров рекомендовано с целью вычисления ошибок выборки, при котором первым этапом является формирование пар гомогенных кластеров.

Таблица А.5 Распределение кластеров выборки

Регион	Город	Село	Всего
г.Алматы	40	0	40
Южный	17	15	32
Западный	23	11	34
Центральный	23	12	35
Северо-Восточный	25	10	35
Всего	128	48	176

Таблица А.6 Предложенное распределение кластеров выборки

Регион	Город	Село	Всего
г.Алматы	40	0	40
Южный	16	16	32
Западный	22	11	34
Центральный	22	12	34
Северо-Восточный	26	10	36
Всего	126	50	176

Количество отобранных домовладений в каждом слое вычислялось следующим образом:

$$\textit{Количество домовладений (ДВ)} = \frac{\textit{Количество женщин}}{\textit{Количество женщин на ДВ X Общий уровень ответности}}$$

Согласно Переписи 1989 года удельный вес женщин в возрасте 15-49 лет в республике составлял 25 процентов. Используя это значение и учитывая, что по данным Госкомстата средний размер семьи составлял 4.0, было подсчитано, что в Казахстане на одно домовладение приходится 1 женщина в возрасте 15-49 лет. Общий уровень ответности предположительно составлял 90 процентов (95 процентов по домовладениям и 95 процентов среди женщин), который является средним значением общего уровня ответности, выявленным в программах медико-демографических исследований. Используя оба параметра вышеуказанного уравнения, приблизительно 4500 домовладений должны были быть отобраны для получения желаемого количества респондентов в выборке. Это привело к отбору в среднем 22 домовладений в каждом городском кластере и 33 -в каждом сельском.

А.4 Стратификация и систематический отбор кластеров

Стратификация территориальных единиц выборки является в большей степени географической в пределах каждого слоя выборки.

А.4.1 Город Алматы

После того, как были упорядочены с географических позиций *районы* и порядок счетных участков в пределах *района*,счетные участки были отобраны с равной вероятностью. Отбор с вероятностью, пропорциональной размеру, необязателен, поскольку счетные участки были относительно одинаковыми по размеру (средняя численность населения - 417, стандартное отклонение - 36, коэффициент вариации - 8.6 процента).

Интервал отбора вычислялся следующим образом:

$$I = \frac{2515}{40},$$

где 2515 - это общее количество счетных участков в г.Алматы, а 40 - число счетных участков, которые должны были быть отобраны.

Отобранные счетные участки - это те участки, которые имеют следующие серийные числа: $R, R+I, R+2I, ..., R+39I$, где R является случайным числом между 1 и I.

А.4.2 Другие города

Большие и малые города были отобраны с вероятностью, пропорциональной размеру, по данным подсчета населения 1993 года. В первую очередь были отобраны большие города, которые отвечали кретириям самопредставительности (вероятность отбора = 1.0). Предел, свыше которого город становится самопредставительным, вычислялся следующим образом:

$$L = \frac{\textit{Население в слое}}{\textit{Количество отобранных терапевтических участков}}$$

Затем в пределах каждого города с равной вероятностью было отобрано необходимое количество терапевтических участков.

Интервал отбора для небольших городов вычислялся следующим образом:

$$I = \frac{\sum_i M_i}{a}$$

где $\sum Mi$ есть размер слоя (общее население в нем согласно выборке) и a -количество малых городов, отобранных в этом слое. Процедура отбора состоит из: (1) подсчета совокупного размера каждого малого города; (2) подсчета серий чисел выборки R, $R+I, R=2I,\ldots, R+(a\text{-}1)\ I$, где R является случайным числом между 1 и I; (3) сравнения каждого числа выборки с совокупными размерами. В первую очередь отбирается тот небольшой город, совокупный размер которого значительно больше или равен числу выборки. В пределах каждого города один терапевтический участок был отобран с использованием случайного числа между 1 и числом терапевтических участков, имеющихся в этом городе.

А.4.3 Сельская местность

Во всех селах *районы* были отобраны с вероятностью, пропорциональной их размерам. Затем одно село было отобрано в пределах каждого *района* с использованием случайного числа между 1 и количеством сел в *районе*. Процедура отбора *района* аналогична процедуре отбора города.

Большие терапевтические участки и села были разделены на сегменты, приблизительно состоящие из 200-300 домовладений. Из них только один сегмент отбирался для исследования.

А.5 Вероятность выборки

Вероятность выборки рассчитывалась для каждой стадии выборки в отдельности и независимо для каждого слоя. Мы использовали следующие условные обозначения:

P_1 - вероятность выборки на первой стадии (счетные участки, города или районы);
P_2 - вероятность выборки на второй стадии (терапевтические участки, села);
P_3 - вероятность выборки на третьей стадии (домовладения);

А.5.1 Город Алматы

Пусть a будет характеризовать количество отобранных счетных участков, А - общее количество счетных участков в г. Алматы. Вероятность включения i-го счетного участка в выборку вычисляется следующим образом:

$$P_{1i} = \frac{a}{A} = \frac{40}{2515}$$

На второй стадии мы выбрали количество b_i домовладений из числа M'_i домовладений, вошедших в список i-го отобранного счетного участка, составленного командой листеров Института питания. Тогда мы имеем:

$$P_{2i} = \frac{b_i}{M_i^{\prime}}$$

Для того, чтобы выборка была самовзвешенной в пределах слоя, общая вероятность $f = P_{1i}.P_{2i}$ должна быть такой же в пределах одного слоя. Это означает, что:

$$P_{1i}.P_{2i} = \frac{b_i}{40 M_i^{\prime}} = f$$

где f является фракцией выборки для города Алматы:

$$f = \frac{n}{N}$$

где n -количество домовладений, отобранных в г.Алматы , а N -количество домовладений в г. Алматы на момент проведения полевых исследований 1995 года.

А.5.2 Другие города

Прежде всего рассмотрим принцип проведения выборки малых городов. Пусть a будет количеством малых городов, отобранных в данном слое, M_i-размер (население согласно рамкам выборки) i -го города в этом слое. $\sum M_i$ общий размер слоя (население согласно выборки). Вероятность включения i-го города в выборку вычисляется следующим образом:

$$P_{1i} = \frac{a M_i}{\sum_i M_i}$$

На второй стадии мы отбираем один терапевтический участок в каждом городе. Вероятность отбора j -го терапевтического участка в i-ом городе составляет:

$$P_{2ij} = \frac{m_{ij}}{\sum_j m_{ij}}$$

где m_{ij} является размером j-го терапевтического участка.

Промежуточная стадия была введена между второй и третьей стадиями выборки. Эта стадия не рассматривается как эффективная стадия, а лишь как псевдостадия для того, чтобы сократить размеры терапевтического участка. Пусть t_{ijk} будет оцененным размером (в пропорции) k -го сегмента, отобранного для j -го терапевтического участка. Заметим, что $\sum t_{ijk} = 1$. Вероятность выборки будет следующей:

$$P_{1i}.P_{2ij} = \frac{aM_i}{\sum_i M_i}.\frac{m_{ij}t_{ijk}}{\sum_j m_{ij}}$$

На третьей стадии, мы отобрали количество b_i домовладений из числа M_i домовладений, внесенных в k - сегмент j-го терапевтического участка группой листеров ПМДК. Тогда мы имеем:

$$P_{1i}.P_{2ij}.P_{3ijk} = \frac{aM_i}{\sum_i M_i}.\frac{m_{ij}t_{ijk}}{\sum_j m_{ij}}.\frac{b_i}{M_i'}$$

Для того, чтобы выборка была самовзвешенной в пределах слоя, общая вероятность $f = P_{1i}P_{2ij}P_{3ijk}$ должна быть такой же для каждого домовладения в пределах слоя, где f является фракцией выборки, вычисленной аналогично как для г.Алматы, в отдельности для каждого слоя.

Отбор домовладений был систематичным с равной вероятностью, и интервал отбора вычислялся следующим образом:

$$I_i = \frac{1}{P_{3ijk}} = \frac{P_{1i}.P_{2ij}}{f}$$

В случае крупных городов $P1i = 1$. В тех случаях, когда было отобрано больше одного терапевтического участка, тогда :

$$P_{2ij} = \frac{a'm_{ij}}{\sum_j m_{ij}}$$

где a'- число терапевтических участков, отобранных в городе. Другие параметры вычисляются как для маленьких городов.

А.5.3 Сельские местности

Расчет вероятности выборки в сельской местности осуществлялся аналогично выборке в малых городах. Причем сельские *районы* были эквивалентны малым городам, отдельные села -терапевтическим участкам.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

ОШИБКИ ВЫБОРКИ

ПРИЛОЖЕНИЕ В

ОЦЕНКА ОШИБОК ВЫБОРКИ

Тан Ли

Оценка ошибок выборки включает анализ ошибок двух видов: (1) ошибок, не связанных с выборкой, (2) ошибок, связанных непосредственно с выборкой. Ошибки, не связанные с выборкой, являются результатом погрешностей, имевших место при сборе и обработке данных, таких как неудачное определение местонахождения и домовладения, недостаточное понимание вопросов как со стороны интервьюера, так и респондента, ошибки при вводе данных. Хотя были сделаны многочисленные попытки в доведении до минимума такого рода ошибок во время проведения ПМДК, их невозможно было избежать и было достаточно трудно их статистически оценить.

В отличие от вышеуказанного, ошибки, связанные с выборкой, могут быть оценены статистически. Отбор респондентов, проведенный в ПМДК, является одним из многих возможных статистических вариантов выборки, которые могли бы быть произведены из той же категории населения, с использованием аналогичной методологии. Каждый из этих вариантов привел бы к результатам, которые отчасти отличались бы от результатов фактически проведенной выборки. Ошибки выборки являются мерой вариабельности среди всех возможных выборок. Хотя степень вариабельности точно не определена, она может быть оценена из результатов исследования.

Ошибка выборки обычно характеризуется *стандартной ошибкой*, которая является квадратным корнем отклонения частной статистической характеристики (средней, процент). Стандартная ошибка может быть использована для вычисления доверительного интервала, в пределы которого входят истинные значения данного показателя. К примеру, истинные значения статистического показателя, вычисленного из данной выборки, будут находиться в пределах двух стандартных ошибок выше или ниже вычисленного значения для 95 процентов всех возможных выборок аналогичного размера.

Если отбор респондентов проводился бы на основе простой рандомизированной выборки, было бы возможным использовать простые формулы для вычисления ошибок выборки. Поскольку выборка ПМДК носит многостадийный стратифицированный характер, возникла необходимость в использовании более сложных формул. Для расчета ошибок выборки в ПМДК была использована компьютерная программа “Модуль ошибки выборки ISSA” . В этом модуле был использован линейный метод Тейлора для оценки вариабельности значений, основанных на пропорциях. Повторный репликационный метод “ Jackknife” используется для оценки более сложной статистики, такой как показатели рождаемости и смертности.

Линейным методом Тейлора можно подвергнуть статистической обработке любой процент или среднее значение,отвечающие формуле, $r = y/x$, где y представляет общую величину выборки для переменной y, а x представляет общее количество случаев в рассматриваемой группе или подгруппе. Значение r вычисляется с использованием вышеуказанной формулы со стандартной ошибкой, являющейся квадратным корнем из значения.

$$Bap(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

где h - характеризует слой, который варьирует от 1 до H,
m_h - общее количество кластеров, отобранных в h*-ом* слое,
y_{hi} - сумма значений переменной y в i -ом кластере h*-го* слоя,
x_{hi} - сумма всего количества случаев в i -ом кластере h*-го* слоя и
f - общая фракция выборки, значение которой настолько незначительно, что ее можно проигнорировать.

В данной формуле:

$$z_{hi} = y_{hi} - r.x_{hi} \text{ , и } z_h = y_h - r.x_h$$

Повторный репликационный метод "Jackknife" позволяет извлечь значения сложных показателей в каждой из нескольких репликаций матричной выборки и вычислить стандартные ошибки для этих значений с использованием простой формулы. Для расчета показателя в каждой репликации рассматриваются *все, за исключением одного, кластеры.* Таким образом, создаются псевдо-независимые репликации. В ПМДК было 176 занятых кластеров. Следовательно, было создано 176 репликаций. Изменения показателя r вычисляются следующим образом:

$$SE^2(R) = Bap(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^{k} (r_i - r)^2$$

в которой

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

где r - расчетная оценка из полной выборки, состоящей из 176 кластеров,
$r_{(i)}$ - расчетная оценка из сокращенной выборки-175 кластеров (i*-ый* кластер исключается), и
k - общее количество кластеров.

В дополнение к стандартной ошибке ISSA способна вычислить дизайн-эффект (DEFT) для каждого значения, которое определяется как соотношение между стандартной ошибкой для данной выборки и стандартной ошибкой, которая могла бы иметь место при использовании простой рандомизированной выборки. Значение DEFT 1.0 указывает, что дизайн выборки так же эффективен, как и простая рандомизированная выборка,тогда как значение более 1.0 указывает на увеличение ошибки по причине использования более сложного и статистически менее эффективного дизайна. С помощью ISSA также можно рассчитать относительную ошибку и доверительные пределы для значений.

Ошибки выборки в ПМДК вычисляются для тех значений, которые представляют первостепенный интерес. В приложении представлены результаты для республики в целом: городов и сел, пяти регионов и трех этнических групп (казашек, русских и совокупности других этнических групп). В таблице В.1 представлены статистические значения (средние, пропорции или соотношения) для каждого показателя. В таблицах В.2.1 - В.2.11 представлены значения статистической величины (R), ее стандартная ошибка (SE), количества невзвешенных (N) и взвешенных (WN) случаев, дизайн-эффект (DEFT),относительная стандартная ошибка (SE/R) и 95 процентный доверительный интервал (R±2SE) для каждой переменной. Принято считать значение DEFT неустановленным при стандартной ошибке, рассматриваемой простой рандомизированной выборкой равной нулю (когда величина оценки от 0 до 1). Значения и ошибки выборки для коэффициентов общей рождаемости и детской смертности применимы только для общенациональной выборки, городских и сельских доменов, респондентов казахской и русской национальности. При оценке коэффициента общей рождаемости анализ количества невзвешенных случаев является неуместным, т.к. неизвестно значение невзвешенных величин для женщина-лет при деторождении.

Доверительный интервал (к примеру, рассчитанный для *детей, родившихся у женщин в возрасте 15-49 лет*) может быть интрепретирован следующим образом: общая средняя по национальной выборке равна 1.816, и ее стандартная ошибка составила .033. Таким образом, чтобы получить 95 процентный доверительный интервал,необходимо к среднему значению прибавить, и от него же отнять среднюю ошибку, т.е. 1.816± .033. Исходя из этого, высока вероятность (95 процентов) того, что *истинное* среднее количество детей, родившихся у женщин в возрасте 15-49 лет, будет в пределах 1.750 -1.882.

Анализ ошибок выборки проводился на уровне национальной выборки и двух отдельных групп величин: (1) средних и пропорций и (2) сложных демографических коэффициентов. Относительные стандартные ошибки (SE/R) для средних и пропорций находятся в пределах 0.2 - 21.4 процента, в среднем - 7.3 процента. Наивысшие значения относительных стандартных ошибок определены для очень низких величин (к примеру,уровень *тяжелой анемии* среди женщин). Если значения очень низких величин (менее 10 процентов) исключить, тогда величина средней снижалась до 5 процентов. Таким образом, относительные стандартные ошибки для большинства показателей по республике были незначительными. Относительная стандартная ошибка по коэффициенту общей рождаемости незначительна и составила 5 процентов. Однако по показателям смертности, средняя относительная ошибка была значительно выше - 22 процента. Если показатели неонатальной, постнеонатальной и детской смертности, рассматриваемые как редкие события, исключить, то относительная стандартная ошибка по показателям смертности снизится до 14 процентов.

Существует ряд различий относительной стандартной ошибки при оценке отдельных групп населения. К примеру, для показателя *"среднее специальное образование"*, относительные стандартные ошибки в целом по республике, сельской местности и г.Алматы составляют 3.1 процента, 4.5 процента и 6.2 процента для всей страны, для села и г. Алматы соответственно.

Усредненное значение дизайн-эффекта (DEFT) для всей выборки составляет 1.26. Это означает, что в связи с многостадийностью кластерной выборки, вариабельность повысилась на 1.26 по сравнению с эквивалентной простой рандомизированной выборкой.

Таблица В.1 Список показателей, по которым представлены данные об ошибках выборки

Показатель	Характеристика	Категория обследованных лиц
Начальное-среднее образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Средне-специальное образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Высшее образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Никогда не была замужем (в союзе)	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Была замужем (в союзе)	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Возраст вступления в брак до 20 лет	Соотношение	Женщины 25-49 лет
Первый половой контакт до 18 лет	Соотношение	Женщины 25-49 лет
Родившиеся дети	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	Среднее	Женщины 40-49 лет
Выжившие дети	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Знают любой метод контрацепции	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Знают любой современный метод контрацепции	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Использовали любой метод контрацепции	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем любой метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем любой современный метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем таблетки	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем ВМС	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем презервативы	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем периодическое воздержание	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем прерванный акт	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют источник государственного сектора	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Не хотят иметь более детей	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Хотят иметь детей по меньшей мере через два года	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Идеальное количество детей	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Тяжелая анемия	Соотношение	Женщины 15-49, у которых оценен уровень Нв
Выраженная анемия	Соотношение	Женщины 15-49, у которых оценен уровень Нв
Умеренная анемия	Соотношение	Женщины 15-49, у которых оценен уровень Нв
ИМТ < 18.5	Соотношение	Женщины 15-49, у которых проведено измерение Нв
ИМТ от 18.5 до 30.0	Соотношение	Женщины 15-49, у которых проведено измерение Нв
ИМТ > 30	Соотношение	Женщины 15-49, у которых проведено измерение Нв
Вес/рост	Соотношение	Женщины 15-49, у которых проведено измерение Нв
Матерям оказана медицинская помощь в родах	Соотношение	Роды в течение последних 3 лет
Диарея имела место в течение последних 2 недель	Соотношение	Дети до 3 лет
Использована ОРТ - терапия	Соотношение	Дети до 3 лет с диареей в течение последних 2 недель
Консультация врача	Соотношение	Дети до 3 лет с диареей в течение последних 2 недель
Наличие просмотренных медицинских карточек	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 мес.
Получили БЦЖ-вакцину	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 мес.
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 мес.
Получили Полио-вакцину (3 дозы)	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 мес.
Получили противокоревую вакцину	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 мес.
Полностью вакцинированы	Соотношение	Дети в возрасте 12-23 мес.
Дети с тяжелой анемией	Соотношение	Дети до 3 лет, у которых оценен уровень Нв
Дети с выраженной анемией	Соотношение	Дети до 3 лет, у которых оценен уровень Нв
Дети с умеренной анемией	Соотношение	Дети до 3 лет, у которых оценен уровень Нв
Вес/Рост (< -2 СО)	Соотношение	Дети до 3 лет, у которых проведено измерение
Рост/Возраст (< -2 СО)	Соотношение	Дети до 3 лет, у которых проведено измерение
Вес/возраст (< -2 СО)	Соотношение	Дети до 3 лет, у которых проведено измерение
Коэффициент общей рождаемости (3года)	Коэффициент	Женщина-лет при деторождении
Показатель неонатальной смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель постнатальной смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель младенческой смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель детской смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель смертности до пяти лет	Коэффициент	Количество родов

Таблица B.2.1. Ошибки выборки - Общенациональная выборка. Казахстан, 1995								
			Количество				Доверит. Интервал	
Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Невзвеш (N)	Взвешен (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относи-тельная ошибка (SE/R)	R-2SE	R+2SE
Начальное-среднее образование	.365	.015	3771	3771	1.876	.040	336	.394
Средне-специальное образование	.456	.014	3771	3771	1.737	031	428	.484
Высшее образование	.178	.011	3771	3771	1.718	.060	156	.199
Никогда не была замужем (в союзе)	.235	.007	3771	3771	1.074	.032	220	.249
Была замужем (в союзе)	.665	.009	3771	3771	1.169	.014	.647	.683
Возраст вступления в брак до 20 лет	.343	.015	2525	2535	1.570	043	.313	.372
Первый половой контакт до 18 лет	.118	.009	2525	2535	1.441	.078	.099	.136
Родившиеся дети	1.816	.033	3771	3771	1.127	.018	1.750	1.881
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	3.114	.080	875	892	1.133	.026	2.954	3.275
Выжившие дети	1.713	.031	3771	3771	1.136	.018	1.652	1.774
Знают любой метод контрацепции	.993	.002	2457	2507	1.136	.002	.989	.997
Знают любой современный метод контрацепции	.993	.002	2457	2507	1.128	.002	.989	.997
Использовали любой метод контрацепции	.835	.012	2457	2507	1.572	.014	.811	.858
Используют в настоящем любой метод	.591	.015	2457	2507	1.511	.025	.561	.621
Используют в настоящем любой совр. метод	.461	.012	2457	2507	1.158	.025	.437	.484
Используют в настоящем таблетки	.018	.003	2457	2507	1.186	.178	.011	.024
Используют в настоящем ВМС	.396	.012	2457	2507	1.174	.029	.372	.419
Используют в настоящем презервативы	.037	.004	2457	2507	.951	.098	.030	.044
Используют в настоящем период. воздержание	.065	.007	2457	2507	1.422	.109	.051	.079
Используют в настоящем прерванный акт	.032	.005	2457	2507	1.543	.172	.021	.043
Используют источник госсектора	.924	.011	1259	1266	1.498	.012	.902	.947
Не хотят иметь более детей	.594	.010	2457	2507	1.057	.018	.573	.614
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.186	.008	2457	2507	1.058	.045	.169	.203
Идеальное количество детей	2.937	.045	3602	3621	1.868	.015	2.847	3.026
Тяжелая анемия	.011	.002	3658	3683	1.385	.214	.007	.016
Выраженная анемия	.106	.007	3658	3683	1.463	.070	.091	.121
Умеренная анемия	.371	.010	3658	3683	1.311	.028	.350	.392
ИМТ < 18.5	.079	.005	3507	3525	1.074	.062	.069	.088
ИМТ от 18.5 до 30.0	.754	.007	3507	3525	1.007	.010	.739	.769
ИМТ > 30.0	.167	.009	3507	3525	1.349	.051	.150	.184
Вес/рост	.039	.004	3500	3519	1.232	.103	.031	.047
Матерям оказана медицинская помощь в родах	.996	.002	846	810	1.056	.002	.991	1.000
Диарея в течение последних 2-х недель	.157	.018	811	779	1.301	.112	.122	.193
Использована ОРТ - терапия	.282	.049	116	123	1.171	.174	.183	.380
Консультация врача	.258	.059	116	123	1.379	.229	.139	.376
Наличие просмотренных медицинских карточек	.081	.014	294	280	.836	.168	.054	.109
Получили БЦЖ-вакцину	.968	.012	294	280	1.159	.013	.943	.992
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.417	.037	294	280	1.250	.089	.343	.491
Получили полио-вакцину (3 дозы)	.483	.041	294	280	1.353	.084	.402	.564
Получили противокоревую вакцину	.669	.033	294	280	1.152	.049	.603	.734
Полностью вакцинированы	.234	.028	294	280	1.097	.119	.178	.290
Дети с тяжелой анемией	.055	.008	739	714	.967	.149	.038	.071
Дети с выраженной анемией	.336	.017	739	714	.949	.050	.302	.369
Дети с умеренной анемией	.301	.022	739	714	1.277	.073	.257	.346
Вес/Рост (< -2 СО)	.033	.007	735	717	.988	.201	.020	.046
Рост/Возраст (< -2 СО)	.158	.018	735	717	1.318	.116	.121	.195
Вес/возраст (< -2 СО)	.083	.012	735	717	1.178	.148	.059	.108
Коэффициент общей рождаемости (3года)	2.492	.134	NA	10669	1.705	.054	2.224	2.760
Показатель неонатальной смертности (0-4 года)	19.528	4.504	1495	1450	1.243	.231	10.520	28.536
Показатель постнатальной смерт. (0-4 года)	20.128	4.352	1497	1452	1.158	.216	11.423	28.833
Показатель младенческой смерт. (0-4 года)	39.656	5.588	1497	1451	1.107	.141	28 479	50.833
Показатель детской смертности (0-4 года)	6.076	2.336	1498	1452	1.129	.384	1.403	10.748
Показатель смертности до пяти лет (0-4 года)	45.490	6.286	1500	1453	1.140	.138	32.919	58.062

Таблица В.2.2. Ошибки выборки - Городские регионы, Казахстан, 1995

Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Количество: Невзвш (N)	Количество: Взвешен (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относи-тельная ошибка (SE/R)	Доверит. Интервал: R-2SE	Доверит. Интервал: R+2SE
Начальное-среднее образование	.279	.018	2056	2133	1.808	.064	.243	.314
Средне-специальное образование	.483	.020	2056	2133	1.790	.041	.444	.523
Высшее образование	.238	.017	2056	2133	1.814	.072	.204	.272
Никогда не была замужем (в союзе)	.224	.010	2056	2133	1.055	.043	.204	.243
Была замужем (в союзе)	.656	.011	2056	2133	1.079	.017	.633	.678
Возраст вступления в брак до 20 лет	.331	.019	1448	1513	1.515	.057	.293	.368
Первый половой контакт до 18 лет	.115	.010	1448	1513	1.199	.087	.095	.135
Родившиеся дети	1.563	.043	2056	2133	1.366	.028	1.476	1.649
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.464	.076	550	586	1.099	.031	2.313	2.615
Выжившие дети	1.489	.041	2056	2133	1.377	.027	1.408	1.570
Знают любой метод контрацепции	.996	.002	1304	1398	1.206	.002	.991	1.000
Знают любой современный метод контрацепции	.996	.002	1304	1398	1.206	.002	.991	1.000
Использовали любой метод контрацепции	.881	.014	1304	1398	1.537	.016	.854	.909
Используют в настоящем любой метод	.619	.022	1304	1398	1.639	.036	.575	.663
Используют в настоящем любой совр. метод	.470	.015	1304	1398	1.098	.032	.439	.500
Используют в настоящем таблетки	.023	.005	1304	1398	1.197	.217	.013	.033
Используют в настоящем ВМС	.392	.015	1304	1398	1.142	.039	.361	.423
Используют в настоящем презервативы	.044	.006	1304	1398	1.022	.131	.033	.056
Используют в настоящем период. воздержание	.079	.009	1304	1398	1.240	.117	.061	.098
Используют в настоящем прерванный акт	.021	.006	1304	1398	1.550	.294	.009	.033
Используют источник госсектора	.895	.017	707	742	1.479	.019	.860	.929
Не хотят иметь более детей	.613	.012	1304	1398	.887	.020	.589	.637
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.152	.012	1304	1398	1.202	.079	.128	.176
Идеальное количество детей	2.660	.051	1984	2065	1.810	.019	2.558	2.763
Тяжелая анемия	.007	.002	1958	2058	1.085	.287	.003	.011
Выраженная анемия	.090	.009	1958	2058	1.342	.096	.073	.107
Умеренная анемия	.365	.017	1958	2058	1.569	.047	.331	.399
ИМТ < 18.5	.073	.007	1932	2018	1.116	.090	.060	.087
ИМТ от 18.5 до 30.0	.750	.009	1932	2018	.950	.012	.732	.769
ИМТ >30.0	.176	.011	1932	2018	1.298	.064	.154	.199
Вес/рост	.029	.004	1931	2017	.981	.130	.021	.036
Матерям оказана медицинская помощь в родах	1.000	.000	326	343	НО	НО	1.000	1.000
Диарея в течение последних 2-х недель	.150	.026	315	334	1.242	0170	.099	.201
Использована ОРТ - терапия	.255	.076	44	50	1.101	.297	.104	.407
Консультация врача	.254	.086	44	50	1.253	.339	.082	.426
Наличие просмотренных медицинских карточек	.046	.015	114	118	.760	.325	.016	.076
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	.000	114	118	НО	НО	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.504	.057	114	118	1.219	.113	.390	.618
Получили полио-вакцину (3 дозы)	.554	.065	114	118	1.405	.118	.423	.685
Получили противокоревую вакцину	.698	.049	114	118	1.147	.071	.600	.797
Полностью вакцинированы	.292	.048	114	118	1.120	.163	.197	.388
Дети с тяжелой анемией	.045	.012	275	293	1.017	.278	.020	.070
Дети с выраженной анемией	.269	.030	275	293	1.099	.110	.210	.328
Дети с умеренной анемией	.323	.044	275	293	1.588	.136	.235	.411
Вес/Рост (< -2 СО)	.037	.014	277	300	1.245	.377	.009	.064
Рост/Возраст (< -2 СО)	.075	.024	277	300	1.576	.325	.026	.124
Вес/возраст (< -2 СО)	.079	.021	277	300	1.365	.273	.036	.122
Коэффициент общей рождаемости (3года)	2.001	.169	НО	6079	1.593	.084	1.663	2.338
Показатель неонатальной смертности (0-9 лет)	26.344	5.135	1296	1350	1.189	.195	16.075	36.613
Показатель постнатальной смерт. (0-9 лет)	12.851	3.425	1297	1350	1.112	.267	6.000	19.701
Показатель младенческой смерт. (0-9 лет)	39.195	6.100	1297	1350	1.170	.156	26.994	51.396
Показатель детской смертности (0-9 лет)	4.317	2.153	1297	1351	1.189	.499	0.011	8.623
Показатель смертности до пяти лет (0-9 лет)	43.343	6.377	1298	1352	1.161	.147	30.588	56.097

НО - не определено (знаменатель = 0)

Таблица B.2 3. Ошибки выборки - Сельские районы, Казахстан, 1995

Показатель	Значение (R)	Стандарто шибка (SE)	Количество		Дизайн эффект (DEFT)	Относи-тельная ошибка (SE/R)	Доверит Интервал	
			Невзвш (N)	Взвешен (WN)			R-2SE	R+2SE
Начальное-среднее образование	.477	.023	1715	1638	1.904	048	.431	523
Средне-специальное образование	.421	.019	1715	1638	1.599	.045	.383	.460
Высшее образование	.099	.011	1715	1638	1.539	.112	.077	.121
Никогда не была замужем (в союзе)	.249	.011	1715	1638	1.081	.045	.226	271
Была замужем (в союзе)	.677	.015	1715	1638	1.311	.022	.647	707
Возраст вступления в брак до 20 лет	.360	.024	1077	1022	1.651	.067	.312	.409
Первый половой контакт до 18 лет	.122	.018	1077	1022	1.756	.144	.087	157
Родившиеся дети	2.145	.042	1715	1638	.819	020	2.061	2.229
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	4.362	.161	325	306	1.239	.037	4.040	4.684
Выжившие дети	2.005	.039	1715	1638	.834	.020	1.926	2.083
Знают любой метод контрацепции	.989	.003	1153	1109	1.130	.003	.983	.996
Знают любой современный метод контрацепции	.989	.003	1153	1109	1.119	.003	.982	.996
Использовали любой метод контрацепции	.775	.020	1153	1109	1.619	.026	.735	.815
Используют в настоящем любой метод	.556	.019	1153	1109	1.272	.033	.519	.593
Используют в настоящем любой совр. метод	.449	.018	1153	1109	1.228	.040	.413	.485
Используют в настоящем таблетки	.011	.004	1153	1109	1.120	.307	.004	.018
Используют в настоящем ВМС	.400	.018	1153	1109	1.217	.044	.365	.435
Используют в настоящем презервативы	.028	.004	1153	1109	.783	.136	.021	.036
Используют в настоящем период. воздержание	.047	.011	1153	1109	1.723	.230	.025	.068
Используют в настоящем прерванный акт	.045	.010	1153	1109	1.596	.216	.026	.065
Используют источник госсектора	.966	.012	552	524	1.501	.012	.943	.989
Не хотят иметь более детей	.569	.018	1153	1109	1.225	.031	.534	.605
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.229	.010	1153	1109	.823	.045	.209	.249
Идеальное количество детей	3.304	.069	1618	1555	1.777	.021	3.166	3.442
Тяжелая анемия	.017	.005	1700	1625	1.547	.289	.007	.026
Выраженная анемия	.126	.012	1700	1625	1.547	.099	.101	.151
Умеренная анемия	.378	.010	1700	1625	.830	.026	.358	.398
ИМТ < 18.5	.085	.007	1575	1507	.994	.082	.071	.099
ИМТ от 18.5 до 30.0	.759	.012	1575	1507	1.086	.015	.736	.783
ИМТ > 30	.156	.013	1575	1507	1.407	.083	.130	.181
Вес/рост	.053	.008	1569	1502	1.355	.145	.038	.068
Матерям оказана медицинская помощь в родах	.993	.004	520	466	1.074	.004	.985	1.000
Диарея в течение последних 2-х недель	.163	.024	496	445	1.352	.148	.115	.212
Использована ОРТ - терапия	.300	.063	72	73	1.195	.209	.175	.425
Консультация врача	.260	.080	72	73	1.480	.309	.099	.421
Наличие просмотренных медицинских карточек	.107	.020	180	161	.850	.189	.067	.148
Получили БЦЖ-вакцину	.944	.020	180	161	1.128	.021	.905	.984
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.353	.044	180	161	1.184	.124	.266	.441
Получили полио-вакцину (3 дозы)	.431	.047	180	161	1.226	.109	.337	.525
Получили противокоревую вакцину	.647	.043	180	161	1.153	.066	.561	.733
Полностью вакцинированы	.191	.031	180	161	1.024	.162	.129	.253
Дети с тяжелой анемией	.061	.011	464	422	.936	.172	.040	.082
Дети с выраженной анемией	.382	.019	464	422	.846	.050	.344	.421
Дети с умеренной анемией	.286	.021	464	422	.983	.075	.244	.329
Вес/Рост (< -2 СО)	.030	.005	458	416	.638	.173	.020	.040
Рост/Возраст (< -2 СО)	.218	.026	458	416	1.285	120	.166	.270
Вес/возраст (< -2 СО)	.086	.015	458	416	1.060	.168	.057	.116
Коэффициент общей рождаемости (3года)	3.060	.205	НО	4590	1.594	.067	2.651	3.470
Показатель неонатальной смертности (0-9 лет)	13.168	3.897	1839	1705	1.451	.296	5.374	20 962
Показатель постнатальной смерт. (0-9 лет)	28.928	5.950	1843	1711	1.456	.206	17.029	40.827
Показатель младенческой смерт. (0-9 лет)	42.097	6.774	1843	1711	1.394	.161	28.548	55 645
Показатель детской смертности (0-9 лет)	10.242	3.054	1845	1710	1.216	298	4.134	16 351
Показатель смертности до пяти лет (0-9 лет)	51.908	7.753	1849	1717	1.414	.149	36.402	67 414

НО - не определено (знаменатель = 0)

Таблица В.2.4. Ошибки выборки - г. Алматы, Казахстан, 1995								
Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Количество		Дизайн эффект (DEFT)	Относи-тельная ошибка (SE/R)	Доверит. Интервал	
			Невзвш (N)	Взвешен (WN)			R-2SE	R+2SE
Начальное-среднее образование	.259	.018	615	271	1.043	.071	.222	.295
Средне-специальное образование	.333	.021	615	271	1.080	.062	.292	.374
Высшее образование	.408	.021	615	271	1.038	.050	.367	.449
Никогда не была замужем (в союзе)	.220	.017	615	271	1.028	.078	.185	.254
Была замужем (в союзе)	.603	.022	615	271	1.028	.036	.560	.647
Возраст вступления в брак до 20 лет	.287	.022	439	194	1.031	.078	.242	.332
Первый половой контакт до 18 лет	.100	.015	439	194	1.044	.149	.070	.130
Родившиеся дети	1.247	.042	615	271	.907	.033	1.164	1.331
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	1.938	.087	162	71	.929	.045	1.763	2.113
Выжившие дети	1.192	.038	615	271	.850	.032	1.117	1.267
Знают любой метод контрацепции	1.000	.000	371	164	НО.	НО	1.000	1.000
Знают любой современный метод контрацепции	1.000	.000	371	164	НО	НО	1.000	1.000
Использовали любой метод контрацепции	.941	.014	371	164	1.128	.015	.913	.968
Используют в настоящем любой метод	.644	.026	371	164	1.042	.040	.592	.696
Используют в настоящем любой совр. метод	.472	.028	371	164	1.073	.059	.416	.527
Используют в настоящем таблетки	.051	.008	371	164	.730	.163	.034	.068
Используют в настоящем ВМС	.299	.026	371	164	1.096	.087	.247	.351
Используют в настоящем презервативы	.092	.019	371	164	1.239	.203	.054	.129
Используют в настоящем период.воздержание	.113	.013	371	164	.772	.112	.088	.139
Используют в настоящем прерванный акт	.019	.009	371	164	1.230	.461	.001	.036
Используют источник госсектора	.826	.028	224	99	1.105	.034	.770	.882
Не хотят иметь более детей	.504	.024	371	164	.913	.047	.457	.551
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.208	.020	371	164	.945	.096	.168	.247
Идеальное количество детей	2.535	.042	596	263	.896	.017	2.451	2.619
Тяжелая анемия	.011	.005	564	249	1.196	.486	.000	.021
Выраженная анемия	.094	.014	564	249	1.111	.145	.067	.121
Умеренная анемия	.277	.027	564	249	1.457	.099	.222	.332
ИМТ < 18.5	.061	.011	572	252	1.079	.177	.040	.083
ИМТ от 18.5 до 30.0	.787	.017	572	252	.998	.022	.752	.821
ИМТ > 30.0	.152	.012	572	252	.809	.080	.128	.176
Вес/рост	.017	.005	572	252	.856	.269	.008	.027
Матерям оказана медицинская помощь в родах	1.000	.000	81	36	НО	НО	1.000	1.000
Диарея имела место в теч. последних 2-х недель	.091	.028	77	34	.844	.306	.035	.147
Использована ОРТ - терапия	.143	.129	7	3	.975	.904	.000	.401
Консультация врача	.143	.129	7	3	.975	.904	.000	.401
Наличие просмотренных медицинских карточек	.250	.077	[illegible]	12	.938	.307	.096	.404
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	.000	28	12	НО	НО	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.607	.078	28	12	.849	.129	.450	.764
Получили полно-вакцину (3 дозы)	.607	.108	28	12	1.171	.178	.391	.824
Получили противокоревую вакцину	.679	.088	28	12	.997	.130	.502	.855
Полностью вакцинированы	.429	.106	28	12	1.133	.247	.216	.641
Тяжелая анемия	.015	.015	65	29	1.012	1.006	.000	.046
Ввыраженная анемия	.200	.051	65	29	1.046	.255	.098	.302
Умеренная анемия	.262	.038	65	29	.700	.144	.186	.337
Вес/Рост	.016	.016	62	27	.995	.989	.000	.048
Рост/Возраст	.032	.022	62	27	.991	.691	.000	.077
Вес/Возраст	.065	.031	62	27	НО	.477	.003	.126

НО - не определено (знаменатель = 0)

Таблица В.2.5. Ошибки выборки - Южный регион, Казахстан, 1995

Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Количество: Невзвш (N)	Количество: Взвешен (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверит. Интервал: R-2SE	Доверит. Интервал: R+2SE
Начальное-среднее образование	.454	.039	920	1206	2.350	085	.377	.531
Средне-специальное образование	.401	.028	920	1206	1.727	.070	.345	457
Высшее образование	.142	.016	920	1206	1.354	.110	.111	.174
Никогда не была замужем (в союзе)	.253	.014	920	1206	.942	.053	.226	.280
Была замужем (в союзе)	.672	.014	920	1206	.886	.020	.645	.700
Возраст вступления в брак до 20 лет	.361	.024	571	758	1.210	.067	.312	.410
Первый половой контакт до 18 лет	.122	.017	571	758	1.208	.135	.089	.156
Родившиеся дети	2.131	.080	920	1206	1.129	.037	1.972	2.291
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	4.269	.201	171	232	1.066	.047	3.867	4.671
Выжившие дети	1.989	.078	920	1206	1.193	.039	1.832	2.145
Знают любой метод контрацепции	.984	.005	621	810	1.017	.005	.974	.994
Знают любой современный метод контрацепции	.984	.005	621	810	1.017	.005	.974	.994
Использовали любой метод контрацепции	.712	.027	621	810	1.504	.038	.658	.767
Используют в настоящем любой метод	.502	.022	621	810	1.084	.043	.458	.545
Используют в настоящем любой совр. метод	.443	.020	621	810	1.020	.046	.402	.483
Используют в настоящем таблетки	.006	.003	621	810	1.110	.595	.000	.012
Используют в настоящем ВМС	.415	.021	621	810	1.044	.050	.373	.456
Используют в настоящем презервативы	.016	.004	621	810	.818	.257	.008	.024
Используют в настоящем период.воздержание	.033	.008	621	810	1.103	.241	.017	.049
Используют в настоящем прерванный акт	.008	.005	621	810	1.308	.572	.000	.018
Используют источник госектора	.953	.014	281	367	1.096	.014	.928	.982
Не хотят иметь более детей	.518	.021	621	810	1.035	.040	.476	.559
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.247	.014	621	810	.819	.057	.219	.276
Идеальное количество детей	3.606	.094	895	1175	1.708	.026	3.418	3.794
Тяжелая анемия	.008	.003	901	1177	.935	.355	.002	.013
Выраженная анемия	.106	.012	901	1177	1.199	.116	.082	.131
Умеренная анемия	.389	.015	901	1177	.951	.040	.358	.420
ИМТ < 18.5	.084	.007	834	1096	.747	.085	.070	.098
ИМТ от 18.5 до 30.0	.793	.013	834	1096	.915	.016	.768	.819
ИМТ > 30	.123	.016	834	1096	1.420	.132	.090	.155
Вес/рост	.042	.008	832	1094	1.108	.084	.026	.057
Матерям оказана медицинская помощь в родах	.991	.005	292	373	.919	.005	.981	1.000
Диарея имела место в теч. последних 2-х недель	.129	.028	280	358	1.315	.219	.073	.186
Использована ОРТ - терапия	.524	.088	36	46	1.043	.169	.347	.701
Консультация врача	.281	.102	36	46	1.232	.365	.076	.485
Наличие просмотренных медицинских карточек	.017	.012	106	133	.900	.681	.000	.040
Получили БЦЖ-вакцину	.949	.024	106	133	1.103	.025	.901	.997
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.305	.055	106	133	1.197	.180	.195	.415
Получили полио-вакцину (3 дозы)	.365	.057	106	133	1.194	.157	.250	.479
Получили противокоревую вакцину	.640	.050	106	133	1.030	.078	.540	.740
Полностью вакцинированы	.157	.036	106	133	1.000	.230	.085	.229
Тяжелая анемия	.074	.015	253	319	.932	.208	.043	.105
Ввыраженная анемия	.328	.025	253	319	.824	.075	.279	.378
Умеренная анемия	.327	.032	253	319	1.066	.097	.263	.391
Вес/Рост	.059	.013	251	318	.875	.225	.032	.085
Рост/Возраст	.227	.029	251	318	1.074	.128	.169	.285
Вес/Возраст	.110	.023	251	318	1.133	.212	.063	.156

Таблица В.2.6. Ошибки выборки - Западный регион. Казахстан. 1995

Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Количество Невзвш (N)	Количество Взвешен (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относи-тельная ошибка (SE/R)	Доверит. Интервал R-2SE	Доверит. Интервал R+2SE
Начальное-среднее образование	.414	.019	830	477	1.082	.045	.377	.451
Средне-специальное образование	.424	.024	830	477	1.416	.057	.375	.473
Высшее образование	.161	.023	830	477	1.833	.145	.114	.207
Никогда не была замужем (в союзе)	.268	.012	830	477	.776	.045	.244	.291
Была замужем (в союзе)	.625	.014	830	477	.842	.023	.596	.653
Возраст вступления в брак до 20 лет	.256	.022	555	321	1.213	.088	.211	.301
Первый половой контакт до 18 лет	.068	.013	555	321	1.181	.186	.043	.093
Родившиеся дети	1.922	.051	830	477	.756	.027	1.819	2.024
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	3.423	.157	197	116	1.018	.046	3.109	3.737
Выжившие дети	1.781	.045	830	477	.732	.025	1.692	1.870
Знают любой метод контрацепции	.994	.002	522	298	.662	.002	.989	.998
Знают любой современный метод контрацепции	.994	.002	522	298	.662	.002	.989	.998
Использовали любой метод контрацепции	.794	.029	522	298	1.626	.036	.737	.852
Используют в настоящем любой метод	.519	.029	522	298	1.346	.057	.460	.578
Используют в настоящем любой совр. метод	.416	.024	522	298	1.112	.058	.368	.464
Используют в настоящем таблетки	.008	.005	522	298	1.301	.618	.000	.019
Используют в настоящем ВМС	.375	.023	522	298	1.069	.060	.330	.421
Используют в настоящем презервативы	.030	.009	522	298	1.213	.301	.012	.048
Используют в настоящем период.воздержание	.062	.012	522	298	1.125	.192	.038	.086
Используют в настоящем прерванный акт	.015	.006	522	298	1.068	.384	.003	.026
Используют источник госектора	.943	.012	239	137	.820	.013	.918	.968
Не хотят иметь более детей	.594	.019	522	298	.906	.033	.555	.633
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.178	.022	522	298	1.285	.121	.135	.221
Идеальное количество детей	3.011	.067	771	444	1.374	.022	2 876	3.145
Тяжелая анемия	.02[illegible]	.006	801	458	1.120	.248	.013	.037
Выраженная анемия	.164	.016	801	458	1.201	.096	.133	.196
Умеренная анемия	.400	.025	801	458	1.455	.063	.350	450
ИМТ < 18.5	.106	.010	759	437	.938	.099	.085	.127
ИМТ от 18.5 до 30.0	.771	.013	759	437	.871	.017	.745	.798
ИМТ > 30	.123	.017	759	437	1.390	.135	.090	.156
Вес/рост	.066	.010	756	435	1.052	.143	.047	085
Матерям оказана медицинская помощь в родах	1.000	.000	196	106	НО	НО	1.000	1.000
Диарея имела место в теч. последних 2-х недель	.118	.033	186	101	1.369	.280	.052	.183
Использована ОРТ - терапия	.350	.078	21	12	.746	.224	.193	.506
Консультация врача	.293	.119	21	12	1.187	.406	.055	.530
Наличие просмотренных медицинских карточек	.031	.022	67	37	1.034	.717	.000	.076
Получили БЦЖ-вакцину	.987	.013	67	37	.903	.013	.962	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.475	.070	67	37	1.131	.148	.335	.616
Получили полио-вакцину (3 дозы)	.369	.079	67	37	1.323	.215	.210	.528
Получили противокоревую вакцину	.779	.045	67	37	.868	.057	.690	.869
Полностью вакцинированы	.262	.055	67	37	1.003	.209	.153	.372
Тяжелая анемия	.077	.025	173	93	1.247	.332	.026	.127
Ввыраженная анемия	.473	.039	173	93	.991	.083	.394	.551
Умеренная анемия	.260	.039	173	93	1.099	.149	.182	.337
Вес/Рост	.037	.011	175	95	.773	.310	.014	.059
Рост/Возраст	.109	.023	175	95	.913	.212	.063	.155
Вес/Возраст	.067	.014	175	95	.762	.216	.038	.096

Таблица В.2.7. Ошибки выборки - Центральный регион. Казахстан, 1995

Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Количество Невзвш (N)	Взвешен (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относи-тельная ошибка (SE/R)	Доверит. Интервал R-2SE	R+2SE
Начальное-среднее образование	.311	.018	726	358	1.061	.059	.274	.347
Средне-специальное образование	.500	.017	726	358	.917	.034	.466	.534
Высшее образование	.187	.013	726	358	.926	.072	.161	.214
Никогда не была замужем (в союзе)	.244	.015	726	358	.923	.060	.214	.273
Была замужем (в союзе)	.655	.018	726	358	.996	.027	.620	.691
Возраст вступления в брак до 20 лет	.304	.024	486	241	1.148	.079	.256	.352
Первый половой контакт до 18 лет	.091	.011	486	241	.863	.124	.069	.114
Родившиеся дети	1.816	.065	726	358	.953	.036	1.687	1.945
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	3.167	.193	166	83	1.126	.061	2.780	3.554
Выжившие дети	1.710	.059	726	358	.948	.034	1.592	1.827
Знают любой метод контрацепции	.995	.005	477	235	1.484	.005	.986	1.000
Знают любой современный метод контрацепции	.993	.005	477	235	1.345	.005	.983	1.000
Использовали любой метод контрацепции	.869	.020	477	235	1.277	.023	.829	.908
Используют в настоящем любой метод	.662	.024	477	235	1.124	.037	.613	.711
Используют в наетоящем любой совр. метод	.525	.027	477	235	1.187	.052	.471	.579
Используют в настоящем таблетки	.015	.007	477	235	1.317	.490	.000	.030
Используют в настоящем ВМС	.448	.031	477	235	1.350	.069	.387	.510
Используют в настоящем презервативы	.046	.011	477	235	1.137	.237	.024	.068
Используют в настоящем период.воздержание	.053	.013	477	235	1.281	.247	.027	.080
Используют в настоящем прерванный акт	.027	.009	477	235	1.226	.337	.009	.045
Используют источник госектора	.923	.020	269	133	1.214	.021	.883	.962
Не хотят иметь более детей	.640	.015	477	235	.701	.024	.610	.671
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.117	.016	477	235	1.110	.139	.085	.150
Идеальное количество детей	2.777	.063	689	341	1.309	.023	2.651	2 903
Тяжелая анемия	.007	.003	718	354	1.024	.451	001	.014
Выраженная анемия	.080	.011	718	354	1.088	.138	.058	102
Умеренная анемия	.351	.016	718	354	.880	.045	.319	382
ИМТ < 18 5	.087	.016	690	341	1.485	.184	.055	.118
ИМТ от 18 5 до 30.0	.751	.018	690	341	1.083	.024	.716	.787
ИМТ > 30	.162	.014	690	341	.989	.086	.134	.190
Вес/рост	.038	.010	689	340	1.391	.268	.017	.058
Матерям оказана медицинская помощь в родах	1.000	.000	177	84	НО	НО	1 000	1 000
Диарея имела место в теч. последних 2-х недель	.169	.031	171	82	1.081	.184	.107	231
Использована ОРТ - терапия	.269	.106	29	14	1.258	.392	.058	.481
Консультация врача	.166	.072	29	14	1.015	.430	023	.309
Наличие просмотренных медицинских карточек	.492	.091	61	29	1.396	.185	.310	.674
Получили БЦЖ-вакцину	.940	.019	61	29	.622	.021	.902	.979
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.613	.083	61	29	1.305	.135	.447	.779
Получили полио-вакцину (3 дозы)	.553	.072	61	29	1.103	.129	.410	.696
Получили противокоревую вакцину	.678	.079	61	29	1.300	.117	.520	.837
Полностью вакцинированы	.342	.085	61	29	1.372	.248	.172	.512
Тяжелая анемия	.051	.016	153	73	.901	.322	.018	.083
Ввыраженная анемия	.400	.036	153	73	.878	.091	.327	.473
Умеренная анемия	.217	.033	153	73	.999	.152	.151	.283
Вес/Рост	.012	.008	150	72	.903	.678	.000	.029
Рост/Возраст	.215	.038	150	72	1.060	.176	.139	.290
Вес/Возраст	.084	.020	150	72	.905	.242	.043	.125

НО - не определено (знаменатель =0)

Таблица В.2.8. Ошибки выборки - Северо-Восточный регион, Казахстан, 1995

Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Количество		Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверит. Интервал	
			Невзвш (N)	Взвешен (WN)			R-2SE	R+2SE
Начальное-среднее образование	.308	.017	680	1458	.978	.056	.274	.343
Средне-специальное образование	.525	.025	680	1458	1.296	.047	.475	.574
Высшее образование	.167	.022	680	1458	1.555	.133	.122	.211
Никогда не была замужем (в союзе)	.209	.015	680	1458	.939	.070	.180	.238
Была замужем (в союзе)	.686	.019	680	1458	1.081	.028	.647	.724
Возраст вступления в брак до 20 лет	.376	.032	474	1022	1.440	.085	.312	.441
Первый половой контакт до 18 лет	.140	.19	474	1022	1.171	.134	.102	.177
Родившиеся дети	1.625	.044	680	1458	.806	.027	1.538	1.713
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.358	.115	179	389	.994	.045	2.308	2.768
Выжившие дети	1.560	.038	680	1458	.751	.024	1.485	1.636
Знают любой метод контрацепции	.998	.002	466	1000	.971	.002	.994	1.000
Знают любой современный метод контрацепции	.998	.002	466	1000	.971	.002	.994	1.000
Использовали любой метод контрацепции	.920	.013	466	1000	1.008	.014	.895	.945
Используют в настоящем любой метод	.660	.027	466	1000	1.236	.041	.605	.714
Используют в настоящем любой совр. метод	.472	.021	466	1000	.917	.045	.429	.514
Используют в настоящем таблетки	.026	.007	466	1000	.950	.271	.012	.040
Используют в настоящем ВМС	.390	.021	466	1000	.948	.055	.347	.433
Используют в настоящем презервативы	.045	.007	466	1000	.742	.158	.031	.060
Используют в настоящем период.воздержание	.086	.015	466	1000	1.120	.169	.057	.116
Используют в настоящем прерванный акт	.059	.012	466	1000	1.137	.211	.034	.084
Используют источник госсектора	.916	.024	246	531	1.356	.026	.868	.964
Не хотят иметь более детей	.658	.015	466	1000	.681	.023	.628	.688
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.152	.014	466	1000	.824	.090	.124	.179
Идеальное количество детей	2.464	.044	651	1397	1.031	.018	2.376	2.552
Тяжелая анемия	.011	.005	674	1445	1.300	.469	.001	.022
Выраженная анемия	.095	.015	674	1445	1.316	.156	.066	.125
Умеренная анемия	.368	.021	674	1445	1.130	.057	.326	.410
ИМТ < 18.5	.067	.009	652	1399	.966	.141	.048	.086
ИМТ от 18.5 до 30.0	.713	.014	652	1399	.805	.020	.684	.741
ИМТ > 30.0	.220	.016	652	1399	1.006	.074	.188	253
Вес/рост	.032	.007	651	1397	1.052	.226	.018	047
Матерям оказана медицинская помощь в родах	1.000	.000	100	210	НО	НО	1 000	1.000
Диарея имела место в теч. последних 2-х недель	.233	.040	97	204	.872	.169	.154	312
Использована ОРТ - терапия	.041	.039	23	48	.912	.939	.000	.118
Консультация врача	.260	.109	23	48	1.052	.418	.042	.478
Наличие просмотренных медицинских карточек	.029	.028	32	68	.953	.984	.000	.085
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	.000	32	68	НО	НО	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.486	.076	32	68	.850	.156	.335	.637
Получили полно-вакцину (3 дозы)	.726	.079	32	68	.998	.109	.568	.885
Получили противокоревую вакцину	.659	.079	32	68	.941	.121	.500	.817
Полностью вакцинированы	.289	.069	32	68	.859	.240	.150	.427
Тяжелая анемия	.020	.002	95	199	.154	.112	.015	.024
Ввыраженная анемия	.279	.038	95	199	.834	.137	.203	.356
Умеренная анемия	.317	.055	95	199	1.121	.174	.206	.428
Вес/Рост	.000	.000	97	204	НО	НО	.000	.000
Рост/Возраст	.070	.036	97	204	1.377	.518	.000	.143
Вес/Возраст	.051	.019	97	204	.856	.380	.012	.090

НО - не определено (знаменатель = 0)

Таблица В.2.9. Ошибки выборки - Женщины казашки. Казахстан, 1995

Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Количество Невзвеш (N)	Взвешен (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относи-тельная ошибка (SE/R)	Доверит. Интервал R-2SE	R+2SE
Начальное-среднее образование	.391	.015	1937	1696	1.314	037	.362	.420
Средне-специальное образование	.402	.013	1937	1696	1.173	.032	.376	429
Высшее образование	.206	.013	1937	1696	1.443	.064	.180	.233
Никогда не была замужем (в союзе)	.289	.009	1937	1696	.885	.032	271	.307
Была замужем (в союзе)	.627	.012	1937	1696	1.063	.019	.604	.651
Возраст вступления в брак до 20 лет	.249	.014	1224	1068	1.172	.058	.220	.278
Первый половой контакт до 18 лет	.068	.008	1224	1068	1.133	.120	.052	.084
Родившиеся дети	2.029	.042	1937	1696	.876	.021	1.945	2.113
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	4.212	.129	361	321	1.037	.031	3.954	4.470
Выжившие дети	1.876	.038	1937	1696	.876	.020	1.800	1.953
Знают любой метод контрацепции	.987	.004	1212	1064	1.074	.004	.980	.994
Знают любой современный метод контрацепции	.986	.004	1212	1064	1.064	.004	.979	.993
Использовали любой метод контрацепции	.756	.016	1212	1064	1.333	.022	.723	.789
Используют в настоящем любой метод	.535	.017	1212	1064	1.154	.031	.502	.568
Используют в настоящем любой совр. метод	.468	.015	1212	1064	1.026	.031	.438	.497
Используют в настоящем таблетки	.005	.003	1212	1064	1.344	.524	.000	.011
Используют в настоящем ВМС	.436	.015	1212	1064	1.072	.035	.405	.467
Используют в настоящем презервативы	.020	.005	1212	1064	1.204	.243	.010	.030
Используют в настоящем период. воздержание	.040	.006	1212	1064	1.135	.160	.027	.053
Используют в настоящем прерванный акт	.007	.002	1212	1064	.969	.344	.002	.011
Используют источник госсектора	.941	.013	604	531	1.373	.014	.915	.967
Не хотят иметь более детей	.541	.018	1212	1064	1.225	.032	.506	.576
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.242	.014	1212	1618	1.177	.060	.213	.271
Идеальное количество детей	3.416	.056	1833	1654	1.580	.016	3.304	3.528
Тяжелая анемия	.019	.004	1885	1654	1.321	.221	.010	.027
Выраженная анемия	.143	.011	1885	1654	1.352	.076	.122	.165
Умеренная анемия	.407	.014	1885	1064	1.275	.035	.378	.436
ИМТ < 18.5	.110	.007	1777	1564	.930	.063	.096	.123
ИМТ от 18.5 до 30.0	.781	.010	1777	1564	1.029	.013	.761	.802
ИМТ > 30.0	.109	.011	1777	1564	1.457	.099	.088	.131
Вес/рост	.062	.007	1771	1558	1.266	.117	.047	.076
Матерям оказана медицинская помощь в родах	.993	.004	564	487	1.126	.004	.985	1.000
Диарея в течение последних 2-х недель	.162	.023	537	464	1.392	.145	.115	.209
Использована ОРТ - терапия	.368	.069	77	75	1.270	.187	.231	.506
Консультация врача	.333	.076	77	75	1.356	.228	.181	.484
Наличие просмотренных медицинских карточек	.094	.018	194	167	.844	.190	.058	.130
Получили БЦЖ-вакцину	.962	.016	194	167	1.165	.017	.930	.994
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.389	.048	194	167	1.361	.124	.293	.486
Получили полио-вакцину (3 дозы)	.392	.048	194	167	1.344	.122	.297	.487
Получили противокоревую вакцину	.677	.035	194	167	1.012	.051	.608	.747
Полностью вакцинированы	.191	.033	194	167	1.156	.173	.125	.257
Дети с тяжелой анемией	.089	.013	487	420	.978	.141	.064	.114
Дети с выраженной анемией	.406	.020	487	420	.911	.050	.365	.446
Дети с умеренной анемией	.282	.022	487	420	1.050	.077	.239	.326
Вес/Рост (< -2 СО)	.036	.009	486	421	1.045	.244	.019	.054
Рост/Возраст (< -2 СО)	.211	.024	486	421	1.273	.115	.163	.260
Вес/возраст (< -2 СО)	.103	.017	486	421	1.199	.162	.070	.137
Коэффициент общей рождаемости (3года)	3.106	.197	НО	4784	1.574	.063	2.713	3.500
Показатель неонатальной смертности (0-4 года)	18.445	4.829	981	865	1.129	.262	8.787	28.104
Показатель постнатальной смерт. (0-4 года)	30.427	6.902	983	866	1.217	.227	16.623	44 232
Показатель младенческой смерт. (0-4 года)	48.873	7.279	983	866	1.055	.049	34.315	63.430
Показатель детской смертности (0-4 года)	6.679	2.888	984	866	1.001	.432	0.902	12 455
Показатель смертности до пяти лет (0-4 года)	55.225	8.470	986	868	1.106	.153	38.285	72 164

НО - не определено (знаменатель = 0)

Таблица В.2.10. Ошибки выборки - Женщины русские, Казахстан, 1995

Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Количество: Невзвш (N)	Количество: Взвешен (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверит. Интервал: R-2SE	Доверит. Интервал: R+2SE
Начальное-среднее образование	.272	.019	1178	1308	1.440	.069	.235	.309
Средне-специальное образование	.544	.023	1178	1308	1.595	.043	.498	.591
Высшее образование	.182	.022	1178	1308	1.996	.123	.137	.227
Никогда не была замужем (в союзе)	.175	.012	1178	1308	1.124	.071	.150	.200
Была замужем (в союзе)	.711	.013	1178	1308	1.013	.019	.684	.738
Возраст вступления в брак до 20 лет	.405	.021	833	932	1.255	.053	.363	.448
Первый половой контакт до 18 лет	.162	.015	833	932	1.212	.096	.131	.193
Родившиеся дети	534	.047	1178	1308	1.320	.031	1.440	1.629
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.251	.065	348	372	.997	.029	2.122	2.381
Выжившие дети	1.483	.043	1178	1308	1.259	.029	1.396	1.569
Знают любой метод контрацепции	1.000	.000	798	930	НО	НО	1.000	1.000
Знают любой современный метод контрацепции	1.000	.000	798	930	НО	НО	1.000	1.000
Использовали любой метод контрацепции	.914	.013	798	930	1.336	.015	.888	.941
Используют в настоящем любой метод	.651	.025	798	930	1.486	.039	.601	.701
Используют в настоящем любой совр. метод	.453	.021	798	930	1.188	.046	.411	.495
Используют в настоящем таблетки	.039	.008	798	930	1.094	.191	.024	.054
Используют в настоящем ВМС	.353	.020	798	930	1.185	.057	.313	.393
Используют в настоящем презервативы	.045	.008	798	930	1.050	.172	.029	.060
Используют в настоящем период. воздержание	.096	.013	798	930	1.208	.131	.071	.121
Используют в настоящем прерванный акт	.051	.011	798	930	1.431	.219	.028	.073
Используют источник госсектора	.907	.022	428	488	1.575	.024	.862	.951
Не хотят иметь более детей	.632	.017	798	930	1.020	.028	.597	.667
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.141	.016	798	930	1.309	.114	.109	.174
Идеальное количество детей	2.379	.038	1134	1261	1.184	.016	2.302	2.455
Тяжелая анемия	.007	.003	1141	1282	1.221	.431	.001	.013
Выраженная анемия	.072	.009	1141	1282	1.196	.127	.053	.090
Умеренная анемия	.338	.021	1141	1282	1.473	.061	.297	.379
ИМТ < 18.5	.052	.010	1115	1245	1.469	.188	.032	.071
ИМТ от 18.5 до 30.0	.741	.014	1115	1245	1.030	.018	.714	.768
ИМТ >30.0	.207	.012	1115	1245	1.008	.059	.183	.232
Вес/рост	.021	.007	1115	1245	1.530	.315	.008	.034
Матерям оказана медицинская помощь в родах	1.000	.000	155	175	НО	НО	1.000	1.000
Диарея в течение последних 2-х недель	.188	.037	150	171	1.164	.197	.114	.262
Использована ОРТ - терапия	.035	.025	24	32	.729	.716	.000	.084
Консультация врача	.170	.088	24	32	1.259	.517	.000	.346
Наличие просмотренных медицинских карточек	.056	.020	50	57	.626	.360	.016	.096
Получили БЦЖ-вакцину	1.000	.000	50	57	НО	НО	1.000	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.492	.082	50	57	1.175	.167	.328	.656
Получили полио-вакцину (3 дозы)	.749	.063	50	57	1.042	.084	.623	.875
Получили противокоревую вакцину	.632	.066	50	57	.984	.105	.499	.764
Полностью вакцинированы	.301	.078	50	57	1.217	.259	.145	.456
Дети с тяжелой анемией	.000	.000	137	159	НО	НО	.000	.000
Дети с выраженной анемией	.275	.033	137	159	.901	.121	.209	.342
Дети с умеренной анемией	.310	.048	137	159	1.187	.153	.215	.405
Вес/Рост (< -2 СО)	.017	.011	135	161	1.075	.688	.000	.039
Рост/Возраст (< -2 СО)	.072	.033	135	161	1.516	.452	.007	.137
Вес/возраст (< -2 СО)	.043	.021	135	161	1.224	.483	.001	.084
Коэффициент общей рождаемости (3года)	1.691	.166	НО	3736	1.413	.098	1.358	2.024
Показатель неонатальной смертности (0-4 года)	20.069	12.914	277	318	1.565	0.644	0.000	45.898
Показатель постнатальной смерт. (0-4 года)	0.000	0.000	277	318	НО	НО	0.000	0 000
Показатель младенческой смерт. (0-4 года)	20.069	12.914	277	318	1.565	0 644	0.000	45.898
Показатель детской смертности (0-4 года)	6.818	6.898	277	318	1.465	1.012	0.000	20.614
Показатель смертности до пяти лет (0-4 года)	26.750	14.162	277	318	1.514	0.529	0.000	55.074

НО - не определено (знаменатель = 0)

Таблица B.2.11. Ошибки выборки - Другие этнические группы, Казахстан, 1995

Показатель	Значение (R)	Стандарт. ошибка (SE)	Количество Невзвш (N)	Взвешен (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относи-тельная ошибка (SE/R)	Доверит. Интервал R-2SE	R+2SE
Начальное-среднее образование	.466	.039	656	766	2.012	084	.388	.545
Средне-специальное образование	.425	.033	656	766	1.692	.077	.360	.490
Высшее образование	.107	.016	656	766	1.288	.145	.076	.138
Никогда не была замужем (в союзе)	.215	.018	656	766	1.119	.083	.179	.251
Была замужем (в союзе)	.669	.022	656	766	1.188	.033	.625	.713
Возраст вступления в брак до 20 лет	.421	.026	468	535	1.124	.061	.370	.473
Первый половой контакт до 18 лет	.141	.017	468	535	1.079	.123	.106	.175
Родившиеся дети	1.823	.082	656	766	1.179	.045	1.660	1.987
Дети, родившиеся у женщин старше 40 лет	2.954	.226	166	199	1.351	.077	2.502	3.407
Выжившие дети	1.774	.080	656	766	1.229	.046	1.585	1.904
Знают любой метод контрацепции	.992	.004	447	513	1.011	.004	.984	1.000
Знают любой современный метод контрацепции	.992	.004	447	513	1.011	.004	.984	1.000
Использовали любой метод контрацепции	.852	.033	447	513	1.966	.039	.786	.918
Используют в настоящем любой метод	.599	.036	447	513	1.538	.060	.527	.670
Используют в настоящем любой совр. метод	.460	.028	447	513	1.185	.061	.404	.516
Используют в настоящем таблетки	.005	.002	447	513	.527	.370	.001	.008
Используют в настоящем ВМС	.389	.030	447	513	1.313	.078	.328	.449
Используют в настоящем презервативы	.060	.009	447	513	.781	.147	.042	.077
Используют в настоящем период. воздержание	.060	.011	447	513	.984	.184	.038	.082
Используют в настоящем прерванный акт	.050	.014	447	513	1.337	.277	.022	.077
Используют источник госсектора	.922	.025	227	247	1.417	.027	.872	.973
Не хотят иметь более детей	.632	.025	447	513	1.085	.039	.582	.682
Хотят иметь детей по меньшей мере через 2года	.151	.020	447	513	1.173	.132	.111	.191
Идеальное количество детей	2.839	.113	635	742	2.048	.040	2.613	3.066
Тяжелая анемия	.003	.003	632	747	1.311	.949	.000	.009
Выраженная анемия	.082	.012	632	747	1.087	.145	.058	.106
Умеренная анемия	.347	.018	632	747	.972	.053	.310	.384
ИМТ < 18.5	.057	.010	615	716	1.064	.174	.037	.077
ИМТ от 18.5 до 30.0	.718	.017	615	716	.932	.024	.684	.752
ИМТ > 30.0	.225	.016	615	716	.976	.073	.192	.258
Вес/рост	.021	.008	614	716	1.328	.364	.006	.037
Матерям оказана медицинская помощь в родах	1.000	.000	127	148	НО	НО	1.000	1.000
Диарея в течение последних 2-х недель	.107	.046	124	144	1.614	.427	.016	.198
Использована ОРТ - терапия	.375	.110	15	15	.822	.293	.155	.594
Консультация врача	.072	.057	15	15	.798	.789	.000	.187
Наличие просмотренных медицинских карточек	.070	.032	50	55	.858	.456	.006	.133
Получили БЦЖ-вакцину	.951	.034	50	55	1.084	.036	.884	1.000
Получили АКДС-вакцину (3 дозы)	.423	.056	50	55	.780	.132	.311	.535
Получили полио-вакцину (3 дозы)	.484	.089	50	55	1.226	.184	.306	.662
Получили противокоревую вакцину	.680	.090	50	55	1.330	.132	.500	.861
Полностью вакцинированы	.296	.072	50	55	1.088	.244	.152	.440
Дети с тяжелой анемией	.013	.012	115	135	1.199	.977	.000	.037
Дети с выраженной анемией	.190	.034	115	135	.922	.178	.122	.257
Дети с умеренной анемией	.351	.052	115	135	1.226	.149	.246	.455
Вес/Рост (< -2 СО)	.040	.018	114	135	.953	.437	.005	.075
Рост/Возраст (< -2 СО)	.093	.028	114	135	1.017	.297	.038	.148
Вес/возраст (< -2 СО)	.068	.029	114	135	1.233	.429	.010	.127

ПРИЛОЖЕНИЕ С

ТАБЛИЦЫ КАЧЕСТВА ДАННЫХ

Таблица С.1 Распределение членов домовладений по возрасту

Возрастное распределение членов домовладений в зависимости от пола (взвешенное), Казахстан 1995

	Мужчины		Женщины			Мужчины		Женщины	
Возраст	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент	Возраст	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент
0	125	1.7	155	1.9	37	137	1.8	113	1.4
1	140	1.9	158	1.9	38	93	1.2	144	1.8
2	138	1.8	153	1.9	39	92	1.2	98	1.2
3	180	2.4	135	1.7	40	100	1.3	104	1.3
4	186	2.5	151	1.9	41	77	1.0	97	1.2
5	163	2.2	165	2.0	42	79	1.1	116	1.4
6	187	2.5	186	2.3	43	115	1.5	104	1.3
7	168	2.2	166	2.0	44	99	1.3	94	1.2
8	170	2.3	179	2.2	45	85	1.1	106	1.3
9	182	2.4	175	2.1	46	96	1.3	78	1.0
10	177	2.4	148	1.8	47	75	1.0	78	1.0
11	171	2.3	180	2.2	48	73	1.0	72	0.9
12	162	2.2	196	2.4	49	47	0.6	36	0.4
13	163	2.2	186	2.3	50	45	0.6	57	0.7
14	165	2.2	162	2.0	51	27	0.4	41	0.5
15	169	2.3	150	1.8	52	36	0.5	43	0.5
16	146	2.0	158	1.9	53	54	0.7	92	1.1
17	164	2.2	147	1.8	54	63	0.8	82	1.0
18	128	1.7	122	1.5	55	70	0.9	97	1.2
19	110	1.5	132	1.6	56	78	1.0	85	1.0
20	130	1.7	113	1.4	57	55	0.7	101	1.2
21	126	1.7	123	1.5	58	84	1.1	79	1.0
22	122	1.6	132	1.6	59	57	0.8	66	0.8
23	131	1.8	130	1.6	60	51	0.7	77	0.9
24	122	1.6	100	1.2	61	15	0.2	38	0.5
25	140	1.9	104	1.3	62	41	0.5	49	0.6
26	114	1.5	102	1.3	63	33	0.4	44	0.5
27	107	1.4	103	1.3	64	41	0.5	55	0.7
28	109	1.5	123	1.5	65	51	0.7	81	1.0
29	124	1.7	111	1.4	66	30	0.4	61	0.8
30	111	1.5	125	1.5	67	44	0.6	59	0.7
31	106	1.4	110	1.3	68	30	0.4	46	0.6
32	132	1.8	117	1.4	69	14	0.2	39	0.5
33	140	1.9	109	1.3	70+	162	2.2	456	5.6
34	110	1.5	120	1.5	Не знает/				
35	107	1.4	139	1.7	пропу-				
36	118	1.6	88	1.1	щенно	3	0.0	0	0.0
					Всего	7,495	100.0	8,141	100.0

Примечание: Население de facto включает всех действительных членов домовладения и тех, кто провел ночь, предшествующую интервью в этом домовладении.

Таблица С.2 Распределение проинтервьюированных и соответствующих критериям женщин в зависимости от возраста

Процентное распределение членов домовладений женского пола de facto в возрасте 10-54 лет и процент (взвешенный) женщин 15-49 лет, соответствующих критериям отбора и прошедших интервью, в зависимости от пятилетних возрастных групп, Казахстан 1995

	Члены домовладений женского пола		Проинтервьюированные женщины		Процент проинтервьюированных (взвешенный)
Возраст	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент	
10-14	873	-	-	-	-
15-19	709	18.2	692	18.2	97.7
20-24	597	15.3	578	15.2	96.9
25-29	543	13.9	531	14.0	97.8
30-34	580	14.9	568	15.0	97.9
35-39	583	15.0	567	14.9	97.3
40-44	515	13.2	505	13.3	98.0
45-49	370	9.5	355	9.3	95.9
50-54	316	-	-	-	-
15-49	3,897	-	3,797	-	97.4

Примечание: Население домовладений de facto включает всех действительных членов домовладений и тех, кто провел ночь, предшествующую интервью в этом домовладении.

Таблица С.3 Полнота ответности

Процент (взвешенный) пропущенных случаев по некоторым показателям демографической характеристики и здоровья , Казахстан 1995

Показатель	Исследуемая группа	Процент пропущенных случаев	Кол-во случаев
Дата рождения	Родившиеся за последние 15 лет		
Месяц		0.6	4,510
Месяц и год		0.0	4,510
Возраст смерти	Случаи смерти за последние 15 лет	0.3	221
Возраст/дата вступления в первый брак	Женщины, бывшие замужем	0.0	2,886
Образование респондента	Все женщины	0.0	3,771
Размер ребенка при рождении	Родившиеся за последние 35 месяцев	1.4	806
Антропометрия [2]	Дети в возрасте 0-35 месяцев		
Пропущен рост		6.6	779
Пропущен вес		6.2	779
Пропущены рост или вес		6.6	779
Диарея за последние 2 недели	Дети в возрасте 0-35 месяцев	1.6	779

[1] Пропущены год и возраст
[2] Не проведено антропометрического измерения

Таблица С.4 Количество родившихся по календарным годам

Распределение родившихся по календарю западного типа - живые (Ж), умершие (У) и все (В) дети в зависимости от полноты ответности, пола при рождении и родившихся по календарным годам, Казахстан 1995

Воз-раст	Количество родившихся			Процент с полной датой рождения [1]			Соотношение пола при рождении [2]			Соотношение по календарю [3]			Мужской			Женский		
	Ж	У	В	Ж	У	В	Ж	У	В	Ж	У	В	Ж	У	В	Ж	У	В
95	135	5	140	100.0	100.0	100.0	74.1	422.2	78.5	НП	НП	НП	57.0	4	62	77	1	78
94	276	7	283	100.0	94.1	99.8	85.1	261.0	87.4	139.1	74.7	136.1	127.0	5	132	149	2	151
93	262	14	276	100.0	100.0	100.0	95.4	356.5	101.4	97.7	144.1	99.3	128.0	11	139	134	3	137
92	260	13	273	100.0	100.0	100.0	102.4	691.6	109.7	97.9	82.5	97.0	132.0	11	143	128	2	130
91	270	16	286	98.9	100.0	98.9	151.9	68.2	144.9	93.8	147.9	95.8	163.0	7	169	107	10	117
90	315	9	324	100.0	100.0	100.0	97.9	175.2	99.5	108.8	54.1	105.7	156.0	6	162	159	3	163
89	309	18	328	100.0	100.0	100.0	113.2	87.1	111.6	101.7	178.9	104.2	164.0	9	173	145	10	155
88	293	11	305	99.0	89.9	98.6	86.3	134.9	87.8	92.5	62.8	90.9	136.0	6	142	157	5	162
87	325	17	342	100.0	96.1	99.8	89.3	46.5	86.5	110.6	147.6	112.0	153.0	5	159	172	12	184
86	295	12	307	99.3	100.0	99.4	102.3	217.4	105.2	НП	НП	НП	149.0	8	157	146	4	149
91-95	1,202	56	1,258	99.7	99.2	99.7	101.7	219.8	105.1	НП	НП	НП	606.0	39	645	596	18	614
86-90	1,537	68	1,606	99.7	97.4	99.6	97.3	103.5	97.6	НП	НП	НП	758.0	35	793	779	34	813
81-85	1,446	88	1,534	99.4	94.9	99.2	100.9	122.7	102.0	НП	НП	НП	726.0	49	775	720	40	759
76-80	1,199	85	1,283	99.8	92.7	99.4	98.6	122.1	100.0	НП	НП	НП	595.0	46	642	604	38	642
<76	1,075	90	1,165	99.3	95.1	99.0	107.1	121.0	108.1	НП	НП	НП	556.0	49	605	519	41	560
Все	6,459	387	6,846	99.6	95.5	99.4	100.7	128.4	102.1	НП	НП	НП	3,242.0	218	3,459	3,218	169	3,387

НП - не пригодные

[1] Указаны год и месяц рождения

[2] (Рм/Рж)*100, где Рм и Рж - количество родившихся мужского и женского пола, соответственно

[3] [2Рх/(Рх-1 +Рх+1)]*100, где Рх - количество родившихся за календарный год х

Таблица С.5 Информация о возрасте смерти в днях

Распределение сообщенных случаев смерти в возрасте до одного месяца в зависимости от возраста смерти в днях и процент случаев неонатальной смертности в возрасте 0-6 дней за пятилетние периоды, предшествовавшие исследованию, Казахстан 1995

Возраст смерти (в днях)	Количество лет, предшествовавших исследованию				Всего 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	3	1	3	7	13
1	[illegible]	0	7	3	15
2	3	3	7	4	17
3	0	6	2	4	12
4	0	2	2	1	5
5	0	2	0	0	2
6	0	0	0	1	1
7	0	5	2	0	7
8	0	1	0	2	3
9	2	0	0	0	2
10	0	1	3	1	6
11	2	0	0	0	2
12	1	0	0	0	1
13	0	1	0	0	1
14	2	0	1	0	3
15	0	1	0	0	1
18	1	0	2	0	3
19	1	0	0	0	1
20	5	2	1	0	8
25	2	0	0	0	2
27	0	2	0	0	3
Всего 0-30	28	27	31	21	106
Процент ранней неонатальной смертности [1]	41.6	53.8	67.0	86.6	61.0

[1] (0-6 дней/0-30 дней)*100

Таблица С.6 Информации о возрасте смерти в месяцах

Распределение сообщенных случаев смерти в возрасте до двух лет в зависимости от возраста смерти в месяцах и процент случаев младенческой смертности в возрасте до одного месяца за пятилетние периоды, предшествовавшие исследованию, Казахстан 1995

Возраст смерти (в месяцах)	Количество лет, предшествовавших исследованию				Всего 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1[a]	28	27	31	21	106
1	3	6	5	5	19
2	2	6	6	6	20
3	2	3	6	5	16
4	1	7	5	3	16
5	4	0	2	1	8
6	0	5	1	3	10
7	6	2	6	3	18
8	3	3	5	3	13
9	3	1	2	1	7
10	1	0	0	4	4
11	2	0	4	6	13
12	0	1	0	2	3
13	0	0	0	1	2
17	0	2	0	0	2
18	0	1	1	0	3
24+	1	0	0	0	1
1 год	5	1	1	3	10
Всего 0-11	54	60	73	62	250
Процент неонатальной смертности[b]	51.4	44.1	42.1	33.9	42.6

[a] Включает случаи смерти до 1 месяца, сообщенные в днях
[b](До 1 месяца/до 1 года)*100

ПРИЛОЖЕНИЕ D

ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА

ПРИЛОЖЕНИЕ D

ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЗАХСТАНА

Шарманов Т.Ш.	Национальный директор ПМДК
Бекбосынов Т.К.	Технический директор ПМДК
Карсыбекова Н.М.	Технический директор ПМДК

Сотрудники Макро Интернэшнл

Салливан Д.М.	Заместитель директора Отдела медико-демографических исследований
Шарманов А.Т.	Специалист по международному здравоохранению
Крофт Т.	Руководитель группы компъютерной обработки данных
Ли Т.	Специалист по сэмплингу
Уайнстайн К.	Консультант - демограф
Кросс А.	Региональный координатор
Соммерфельт Э.	Специалист по международному здравоохранению
Янникос Т.	Технический редактор
Митчелл К.	Специалист по печатной продукции
Даммонс Д.	Специалист по компъютерной графике

Национальный консультативный комитет ПМДК

Шарманов Т.Ш	Председатель комитета, директор Института питания МН-АН РК, президент Академии профилактической медицины,
Кульжанов М.К.	Заместитель Министра здравоохранения Республики Казахстан
Каюпова Н.А.	Директор Научного Центра охраны материнства и детства МЗ РК
Ормантаев К.С.	Директор Научного Центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК
Муминов Т.А.	Ректор Алматинского государственного медицинского университета
Урмурзина Г. Г.	Начальник управления здравоохранения г.Алматы
Айтбембетов Б. Н.	Директор Института гигиены и профзаболеваний МЗ РК
Султанова З. М.	Заведующий отделом Государственного Комитета по статистике РК
Измухамбетов Т.А.	Директор Республиканского медицинского училища
Бахатаррай С.	Представитель ЮНИСЕФ в Казахстане
Шмидт М.	Представитель Агентства США по Международному развитию
Салливан Д. М.	Представитель МАКРО Интернэшнл, США
Шарманов А.Т.	Представитель МАКРО Интернэшнл, США

Министерство Здравоохранения РК

Девятко В.Н.	Министр здравоохранения РК
Дуйсекеев А.Д.	Первый заместитель Министра здравоохранения РК
Кульжанов М.К.	Заместитель Министра здравоохранения РК
Сабыров Г.С.	Начальник отдела медицинской статистики МЗ РК
Ивасив И.В.	Начальник отдела охраны здоровья матери и ребенка
Аюпова С.Х.	Главный педиатр
Колокина Р.С	Специалист отдела охраны здоровья матери и ребенка

Руководители отделов здравоохранения

Урмурзина Г.Г.	г.Алматы
Дурумбетов Е.Е.	Алматинская область
Мантаев А.К.	Актюбинская область
Чакликов Т.Г.	Атырауская область
Жигитаев Х.Т.	Восточно-Казахстанская область
Доскулов О.Н.	Жамбылская область
Рахыбеков Т.К.	Жезказганская область
Аликов В.Б.	Карагандинская область
Ибраев С.Е.	Кокшетауская область
Якимов В.Б.	Костанайская область
Маханов Т.	Кзыл-Ординская область
Бердавлетов С.Б.	Мангыстауская область
Оразгалиев Б.Д.	Павлодарская область
Мусинов С.Р.	Семипалатинская область
Ахметов Б.А.	Западно-Казахстанская область
Гончаров В.В.	Торгайская область
Джансегиров Т.М.	Талды-Корганская область
Мальцев В.А.	Акмолинская область
Муминов М.А.	Южно-Казахстанская область
Алмолдин С.А.	Северо-Казахстанская область

Государственный Комитет по статистике и анализу РК

Дауренбеков А	Заместитель председателя Госкомстата
Султанова З.М.	Представитель Госкомстата
Пак А.Д.	Представитель Госкомстата
Мусифуллина К.Е.	Представитель Госкомстата

Лица, участвовавшие в листинге домовладений

Южный регион	
Сарбаев Б.Т.	координатор
Мырзабиева Б.М.	листер
Урбисинов Ж.У.	листер
Камысбаева Г.	картограф
Жунисов Д.Т	картограф
Западный регион	
Бекбосынов Т.К.	координатор
Ткач Н.З.	листер
Икласов М.У.	листер
Бекбосынов С.Т.	картограф
Маткеримов К.О.	картограф
Центральный регион	
Берденова Г.Т.	координатор
Махатова Л.К.	листер
Биржанова Б.Б.	листер
Калугин В.В.	картограф
Касенова О.Е.	картограф
Северо-Восточный регион	
Рахимберлина Р.М.	координатор
Субханкулова Т.И.	листер
Перевозчикова Л.А.	листер
Нурсултанов К.Е.	картограф
Рахимбеков Е.С.	картограф

Лица, участвовавшие в сновных исследованиях

Южный регион	
Синявский Ю.А.	координатор
Сисемалиева А.Б.	супервизор
Нурмагамбетова Ф.	полевой редактор
Бостанчиев Д.	мед.техник
Абдрасилова Ж	интервьюер
Умиралиева М	интервьюер
Жумабаева Н.	интервьюер
Курманбаева М.	интервьюер
Анаркулова И.	интервьюер

Западный регион

Балгимбеков Ш.А.	координатор
Суранчиева Г	супервизор
Джубанова Г.И	полевой редактор
Сарбаев Б.Т.	мед.техник
Абил А.	интервьюер
Егорова О.	интервьюер
Чоланова А.	интервьюер
Мырзабекова К.	интервьюер
Подзорова М.	интервьюер

Центральный регион

Цой И.Г.	координатор
Кудайбергенова З.К.	супервизор
Баимбетова А.	полевой редактор
Амантаев Е.	мед.техник
Тохаева М.	интервьюер
Кутанова Ш.	интервьюер
Гриво Е.	интервьюер
Шапорова И.	интервьюер
Попова Т.	интервьюер

Северо-Восточный регион

Есеналинова Н.С.	координатор
Сарсембаева А.П.	супервизор
Искакова К.С.	полевой редактор
Имантаев М.	мед.техник
Маликова А.	интервьюер
Шингисбаева Г.	интервьюер
Нурлыбаева С.	интервьюер
Крячкова Е.	интервьюер
Федурина Е.	интервьюер

Группа компьютерной обработки материалов исследования

Сисемалиев Р.А.	координатор по обработке данных
Кабанов Д.В.	оператор
Левенец И.В.	оператор
Тналиева Г.М.	оператор
Омарханова А.Е.	оператор
Жаманшина М.Г.	редактор в офисе

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

АНКЕТЫ

АНКЕТА МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

АНКЕТА ДОМОВЛАДЕНИЯ

Республика Казахстан
Институт питания Национальной Академии наук

ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ КАРТОЧКА

НАЗВАНИЕ ГОРОДА\ГОРОДКА\СЕЛА ______

ИМЯ ГЛАВЫ ДОМОВЛАДЕНИЯ ______

РЕГИОН. . . . . [ ]

ОБЛАСТЬ. . . . . [ ]

РАЙОН. . . . . [ ][ ]

НОМЕР КЛАСТЕРА. . . . . [ ][ ][ ]

ГОРОДСКОЙ/СЕЛЬСКИЙ (городской = 1; сельский = 2). . . . . [ ]

БОЛЬШОЙ ГОРОД/НЕБОЛЬШОЙ ГОРОД/ГОРОДОК/СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ. . . . . [ ]
(большой город = 1; небольшой город = 2; городок = 3; сельская местность = 4)

НОМЕР ДОМОВЛАДЕНИЯ. . . . . [ ][ ][ ]

ВИЗИТ ИНТЕРВЬЮЕРА

	1	2	3	ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ВИЗИТ
ДАТА	______	______	______	ДЕНЬ [ ][ ] МЕСЯЦ [ ][ ] ГОД [ ][ ] ИМЯ [ ][ ]
ИМЯ ИНТЕРВЬЮЕРА	______	______	______	РЕЗУЛЬТАТ [ ]
РЕЗУЛЬТАТ *	______	______	______	
СЛЕДУЮЩИЙ ВИЗИТ ДАТА ВРЕМЯ	______ ______	______ ______		ОБЩЕЕ ЧИСЛО ВИЗИТОВ [ ]

*** КОДИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. ВИЗИТ ОСУЩЕСТВЛЕН
2. НЕТ ЧЛЕНОВ ДОМОВЛАДЕНИЯ ИЛИ ЛИЦ, СПОСОБНЫХ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОСЫ ИНТЕРВЬЮЕРА
3. ВСЕ ЧЛЕНЫ ДОМОВЛАДЕНИЯ ОТСУТСТВОВАЛИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ
4. ВИЗИТ ОТЛОЖЕН
5. ПОЛУЧЕН ОТКАЗ
6. ЖИЛИЩЕ ПУСТОЕ, ИЛИ НЕТ ЖИЛИЩА ПО ИМЕЮЩЕМУСЯ АДРЕСУ
7. ЖИЛИЩЕ РАЗРУШЕНО
8. ЖИЛИЩЕ НЕ НАЙДЕНО
9. ДРУГОЕ ______ (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)

ОБЩЕЕ ЧИСЛО ЛЮДЕЙ В ДОМОВЛАДЕНИИ [ ][ ]

ОБЩЕЕ ЧИСЛО ЖЕНЩИН ПОДЛЕЖАЩИХ ОПРОСУ [ ][ ]

НОМЕР ЛИНИИ РЕСПОНДЕНТА В АНКЕТЕ ДОМОВЛАДЕНИЯ [ ][ ]

СУПЕРВИЗОР	РЕДАКТОР В РАЙОНЕ ИССЛЕДОВАНИЙ	РЕДАКТОР В ЦЕНТРЕ	ОПЕРАТОР
ИМЯ ______ [ ][ ] ДАТА ______	ИМЯ ______ [ ][ ] ДАТА ______	[ ][ ]	[ ][ ]

ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ ДОМОВЛАДЕНИЯ И ПОСЕТИТЕЛЯХ ДОМА

Сейчас мне необходимо спросить о тех лицах, которые обычно живут у Вас или находятся сейчас в Вашем доме.

Казір маған сізден осы үйдің тұрақты тұрғындары және басқа да тұрып жатқан кісілер жайында сұрау керек болып тұр.

НОМЕР ЛИНИИ	ПОСТОЯННЫЕ ЖИТЕЛИ И ПОСЕТИТЕЛИ	СВЯЗЬ С ГЛАВОЙ ДОМОВЛАДЕНИЯ *	О МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ		ПОЛ	ВОЗРАСТ	ОБРАЗОВАНИЕ / ЕСЛИ ВОЗРАСТ 6 ЛЕТ И СТАРШЕ			ВОПРОСЫ О РОДИТЕЛЯХ: ЗАДАВАТЬ ЛИЦАМ ВОЗРАСТОМ МЕНЬШЕ 15 ЛЕТ ***				ЕСЛИ ЖЕНЩИНА ПОДЛЕЖИТ ОПРОСУ
								ЕСЛИ УЧИТСЯ/УЧИЛСЯ (ЛАСЬ) В УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ	ЕСЛИ ВОЗРАСТ МЕНЬШЕ 35 ЛЕТ		ЕСЛИ ЖИВА		ЕСЛИ ЖИВ	
	Назовите, пожалуйста, имена тех людей, которые обычно живут в Вашем доме, а также имена посетителей Вашего дома, которые вчера здесь ночевали. Начните с главы домовладения.	Какова связь (имя) с главой Вашего домовладения	Проживает ли (имя) постоянно в Вашем доме?	Ночевал(а) ли (имя) в Вашем доме вчера ночью?	Какого пола (имя)?	Сколько лет (имя)?	Учился (лась) ли (имя) в учебном заведении?	Каков уровень образования в том учебном заведении, где учился(лась) (имя)? ** Сколько классов (курсов) закончил(а)?	Учится ли (имя) сейчас?	Жива ли родная мать у (имя)?	Живет ли она в этом же доме, и ЕСЛИ ДА, то как ее зовут? ЗАПИСАТЬ НОМЕР ЛИНИИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ИМЕНИ УКАЗАННОЙ ЖЕНЩИНЫ	Жив ли родной отец у (имя)?	Живет ли он в этом же доме, и ЕСЛИ ДА, то как его зовут? ЗАПИСАТЬ НОМЕР ЛИНИИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ИМЕНИ УКАЗАННОГО МУЖЧИНЫ	ОБВЕСТИ КРУЖКОМ НОМЕР ЛИНИИ ЖЕНЩИНЫ, КОТОРАЯ ПОДЛЕЖИТ ОПРОСУ
	Сіздің үйдің тұрақты тұрғындарының есімдері және де сіздің үйде тұрмайтын, бірақ кеше қонған адамдардың есімдерін атаңызшы? Үй иесінен бастасаңыз.	(ЕСІМІ) үй иесіне кім болып келеді?	(ЕСІМІ) сіздің үйдің тұрақты тұрғыны ма?	(ЕСІМІ) сіздің үйде кеше түнде қонып шықты ма?	(ЕСІМІ) жынысы қандай?	(ЕСІМІ) жасы нешеде?	(ЕСІМІ) оқу орнында оқыды ма?	(ЕСІМІ) сол оқу орнында алатын білім деңгейі қандай? Қанша класс (курс) бітірді?	(ЕСІМІ) қазір оқиды ма?	(ЕСІМІ) туған анасы тірі ме?	Анасы осы үйде тұрады ма, тұрса есімі кім?	(ЕСІМІ) туған әкесі тірі ме?	Ол осы үйде тұрады ма, тұрса есімі кім?	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
			ДА НЕТ	ДА НЕТ	М Ж	В ГОДАХ	ДА НЕТ	ОБР КЛАСС/КУРС	ДА НЕТ	ДА НЕТ НЕ ЗНАЕТ		ДА НЕТ НЕ ЗНАЕТ		
01			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		01
02			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		02
03			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		03
04			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		04
05			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		05

ПРОДОЛЖЕНИЕ СПИСКА

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
			ДА НЕТ	ДА НЕТ	М Ж	В ГОДАХ	ДА НЕТ	ОБР. КЛАСС/КУРС	ДА НЕТ	ДА НЕТ НЕ ЗНАЕТ		ДА НЕТ НЕ ЗНАЕТ		
06			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		06
07			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		07
08			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		08
09			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		09
10			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		10
11			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		11
12			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		12

ОТМЕТИТЬ ГАЛОЧКОЙ В ТОМ СЛУЧАЕ ЕСЛИ НЕОБХОДИМО ПРОДОЛЖИТЬ СПИСОК ☐

Мне нужно задать еще несколько вопросов для того, чтобы быть уверенным в том, что имеющийся у меня список является полным:
Мәліметтерімнің толықтығын білу үшін, маған сіздерге бірнеше сұрақтар қою керек:

1) Есть ли еще кто-либо из взрослых или детей, кто не вошел в список?
Тағы да тізімге кірмей қалған ересектер немесе балалар бар ма? ДА ☐ → ВНЕСТИ КАЖДОГО В ТАБЛИЦУ НЕТ ☐

2) Можете ли Вы назвать кого-либо, кто не является членом Вашей семьи (друзья, родственники, знакомые, квартиранты), но живет в Вашем доме?
Сіздің от басыңыз мүшесі емес (таныстар, туыстар, достар, квартиранттар), бірақ сіздің үйде тұратын адамды атай аласыз ба? ДА ☐ → ВНЕСТИ КАЖДОГО В ТАБЛИЦУ НЕТ ☐

3) Есть ли кто-либо из гостей, временных посетителей и т.д., ночевавших прошлой ночью в Вашем доме, но не вошедший в данный список?
Осы тізімге кірмей қалған сіздің үйде кеше түнде қонған қонақтар немесе уақытша келушілер бар ма? ДА ☐ → ВНЕСТИ КАЖДОГО В ТАБЛИЦУ НЕТ ☐

*КОДЫ ДЛЯ ОТВЕТОВ НА ВОПРОС 3 ОБ ОТНОШЕНИИ К ГЛАВЕ ДОМОВЛАДЕНИЯ:

01 = ГЛАВА ДОМОВЛАДЕНИЯ
02 = ЖЕНА (МУЖ) ГЛАВЫ ДОМОВЛАДЕНИЯ
03 = СЫН ИЛИ ДОЧЬ
04 = ЗЯТЬ ИЛИ СНОХА
05 = ВНУК ИЛИ ВНУЧКА
06 = МАТЬ ИЛИ ОТЕЦ
07 = ТЕСТЬ ИЛИ ТЕЩА
08 = БРАТ ИЛИ СЕСТРА
09 = ВТОРАЯ ЖЕНА
10 = ДРУГОЙ РОДСТВЕННИК
11 = ПРИЕМНЫЙ(АЯ) СЫН/ДОЧЬ
12 = НЕ ИМЕЕТ РОДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ
98 = НЕ ЗНАЕТ

**КОДЫ К ВОПРОСУ 9 ОБ УРОВНЕ ОБРАЗОВАНИЯ:

1 = НАЧАЛЬНОЕ И СРЕДНЕЕ
2 = СРЕДНЕЕ СПЕЦИАЛЬНОЕ
3 = ВЫСШЕЕ
8 = НЕ ЗНАЕТ

КЛАССЫ/КУРСЫ:

00 = ОКОНЧИЛ(А) МЕНЬШЕ ОДНОГО КУРСА/КЛАССА
98 = НЕ ЗНАЕТ

*** ЭТИ ВОПРОСЫ ИМЕЮТ ОТНОШЕНИЕ К РОДНОЙ МАТЕРИ ИЛИ РОДНОМУ ОТЦУ РЕБЕНКА. ВНЕСТИ "00" ЕСЛИ РОДИТЕЛИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЖИТЕЛЯМИ ДАННОГО ДОМА

No	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
16	Что является основным источником питьевой воды в Вашем доме? Сіздің үйде ішуге колданылатын негізгі су көзі кандай?	ТРУБОПРОВОД ТРУБА В ЖИЛИЩЕ/ДВОР .... 11 ОБЩЕСТВЕННЫЙ ТРУБОПРОВОД .... 12 КОЛОДЕЗНАЯ ВОДА КОЛОДЕЦ В ЖИЛИЩЕ/ДВОРЕ .... 21 ОБЩЕСТВЕННЫЙ КОЛОДЕЦ .... 22 ПОВЕРХНОСТНАЯ ВОДА ВЕСЕННИЕ ВОДЫ .... 31 РЕКА/ТЕЧЕНИЕ .... 32 ПРУД/ОЗЕРО .... 33 ВОДОХРАНИЛИЩЕ .... 34 ДОЖДЕВАЯ ВОДА .... 41 ВОДА ИЗ ВОДОВОЗА .... 51 БУТЫЛОЧНАЯ ВОДА .... 61 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	11 → 18 21 → 18 41 → 18 61 → 18
17	Сколько времени требуется для того, чтобы Вы сходили туда, взяли воду и вернулись обратно? Сіз суға барып, алып келуге канша уакыт жумсайсыз?	МИНУТ .... [ ][ ][ ] НАХОДИТСЯ В СОБСТВЕННОМ ВЛАДЕНИИ 996	
18	Какой тип туалета в Вашем доме? Сіздің үйдегі әжетхананың түрі кандай?	СМЫВНОЙ ТУАЛЕТ СОБСТВЕННЫЙ .... 11 СМЕЖНЫЙ .... 12 ТУАЛЕТ В ВИДЕ ЯМЫ ОБЫЧНЫЙ ТИП .... 21 УЛУЧШЕННЫЙ - ВЕНТИЛИРУЕМЫЙ .... 22 НЕТ ТУАЛЕТА (ХОДЯТ В ПОЛЕ, КУСТЫ) .... 31 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
19	Имеются ли в Вашем домовладении: Электричество? Радио? Телевизор? Телефон? Холодильник? Сіздің үйде мыналар бар ма: жарык, радио, теледидар, телефон, тоназыткыш?	ДА НЕТ ЭЛЕКТРИЧЕСТВО .... 1 2 РАДИО .... 1 2 ТЕЛЕВИЗОР .... 1 2 ТЕЛЕФОН .... 1 2 ХОЛОДИЛЬНИК 1 2	
20	Сколько комнат в Вашем доме, в которых спят члены Вашего домовладения? Сіздің үйде осы үй мүшелері үйыктайтын неше бөлме бар?	КОЛИЧЕСТВО КОМНАТ .... [ ][ ]	
21	УКАЗАТЬ МАТЕРИАЛ, ИЗ КОТОРОГО СДЕЛАН ПОЛ ЗАПИСАТЬ ТО, ЧТО ИМЕЕТСЯ В ДОМЕ	ЕСТЕСТВЕННОЕ ПОКРЫТИЕ ЗЕМЛЯ/ПЕСОК .... 11 ТЕЗЕК И ДР. .... 12 ПРОСТОЙ ПОЛ ДЕРЕВЯННЫЕ ДОСКИ .... 21 СОЛОМА, ОПИЛКИ .... 22 ОБРАБОТАННЫЙ ПОЛ ПАРКЕТ ИЛИ ПОЛИРОВКА .... 31 ЛИНОЛЕУМ ИЛИ АСФАЛЬТ .... 32 КЕРАМИЧЕСКИЕ ПЛИТКИ .... 33 ЦЕМЕНТ .... 34 КОВРОЛАН .... 35 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
22	Имеется ли в Вашем доме: Велосипед? Мотоцикл? Автомашина? Сіздің үйде мыналар бар ма : велосипед, мотоцикл, автомашина?	ДА НЕТ ВЕЛОСИПЕД .... 1 2 МОТОЦИКЛ .... 1 2 АВТОМАШИНА 1 2	
23	Какой вид соли Вы используете для приготовления пищи? Сіз тағам дайындау үшін ас тұзының кай түрін колданасыз?	СОЛЬ ИЗ МЕСТНЫХ ИСТОЧНИКОВ .... 01 СОЛЬ В УПАКОВКЕ (ЙОДИРОВАННАЯ) .... 02 СОЛЬ В УПАКОВКЕ (НЕЙОДИРОВАННАЯ) .... 03 ДРУГОЕ ________ 96	

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АНКЕТА ЖЕНЩИНЫ

Республика Казахстан
Институт питания Национальной Академии наук

ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ КАРТОЧКА

НАЗВАНИЕ ГОРОДА\ГОРОДКА\СЕЛА ____________________

ИМЯ ГЛАВЫ ДОМОВЛАДЕНИЯ ____________________

РЕГИОН. . . . .

ОБЛАСТЬ. . . . .

РАЙОН. . . . .

НОМЕР КЛАСТЕРА. . . . .

ГОРОДСКОЙ/СЕЛЬСКИЙ (городской = 1; сельский = 2). . . . .

БОЛЬШОЙ ГОРОД/НЕБОЛЬШОЙ ГОРОД/ГОРОДОК/СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ. . . . . . .
(большой город = 1; небольшой город = 2; городок = 3; сельская местность = 4)

НОМЕР ДОМОВЛАДЕНИЯ. . . . .

ИМЯ И НОМЕР ЛИНИИ ЖЕНЩИНЫ ____________________

ВИЗИТ ИНТЕРВЬЮЕРА

	1	2	3	ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ВИЗИТ
ДАТА				ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД ИМЯ РЕЗУЛЬТАТ
ИМЯ ИНТЕРВЬЮЕРА				
РЕЗУЛЬТАТ *				
СЛЕДУЮЩИЙ ВИЗИТ ДАТА ВРЕМЯ				ОБЩЕЕ ЧИСЛО ВИЗИТОВ

* **КОДИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1 ОСУЩЕСТВЛЕН
2 НЕТ ДОМА
3 ОТЛОЖЕН
4 ОТКАЗ
5 ЧАСТИЧНО ЗАВЕРШЕН
6 НЕВОЗМОЖЕН
7 ДРУГОЕ ____________________ (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)

		КАЗАХСКИЙ	РУССКИЙ
1.	ЯЗЫК, НА КОТОРОМ ПРОВОДИЛОСЬ АНКЕТИРОВАНИЕ	1	2
2.	ЯЗЫК, НА КОТОРОМ РАЗГОВАРИВАЕТ РЕСПОНДЕНТ	1	2
		ДА	НЕТ
3.	БЫЛ ЛИ ПРИГЛАШЕН ПЕРЕВОДЧИК	1	2

СУПЕРВИЗОР	РЕДАКТОР В РАЙОНЕ ИССЛЕДОВАНИЙ	РЕДАКТОР В ЦЕНТРЕ	ОПЕРАТОР
ИМЯ ____________	ИМЯ ____________		
ДАТА ____________	ДАТА ____________		

Раздел 1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

№	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
101	Записать время начала интервью.	ЧАСЫ .... [ ][ ] МИНУТЫ .... [ ][ ]	
102	Во первых, мне хотелось бы спросить Вас о Вашем доме. До того времени, когда Вам исполнилось 12 лет, где Вы жили: в большом городе, городке или сельской местности? Біріншіден, менің сізден үйіңіз туралы сұрағым келіп отыр. 12 жасқа шейін сіз қайда тұрдыңыз: үлкен қалада ма, қалашықта әлде ауылдық жерде ме?	ГОРОД .... 1 ГОРОДОК .... 2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
103	Как долго Вы живете в данной местности (НАЗВАНИЕ МЕСТНОСТИ, В КОТОРОЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЖИВЕТ) постоянно? Осы жерде тұрақты тұрғаныңызға қанша уақыт болды? (ҚАЗІР ТҰРАТЫН ЖЕРІНІҢ АТАУЫ)	ГОДЫ .... [ ][ ] ВСЕГДА .... 95 НАХОДИТСЯ С ВИЗИТОМ 96	95, 96 → 105
104	До того, как Вы сюда переехали, где Вы жили: в городе, городке или сельской местности? Осы жерге келерге дейін, сіз қандай елді мекенде тұрдыңыз: қалада, қалашықта әлде ауылдық жерде?	ГОРОД .... 1 ГОРОДОК .... 2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
105	В каком месяце и году Вы родились? Қай айда және қай жылы туылдыңыз?	МЕСЯЦ .... [ ][ ] ЕСЛИ НЕ ЗНАЕТ МЕСЯЦА, ЗАПИСАТЬ .... 98 ГОД .... [ ][ ] ЕСЛИ НЕ ЗНАЕТ ГОДА, ЗАПИСАТЬ 98	
106	Сколько Вам полных лет? Сіздің толық жасыңыз қаншада? СРАВНИТЬ С ОТВЕТОМ 105 И ВНЕСТИ ИСПРАВЛЕНИЯ	ПОЛНЫХ ЛЕТ .... [ ][ ]	
107	Учились ли Вы когда-либо в учебном заведении? Сіз бұрын-соңды оқу орнында оқыдыңыз ба?	ДА .... 1 НЕТ 2	2 → 114

108	Каков уровень образования в том учебном заведении, в котором Вы учились (учитесь): начальный, средний, средне-специальный, высший? Сіз сол оқу орнынан алған\алатын білімнің ең жоғарғы деңгейі қандай: бастауыш, орта, арнаулы орта, жоғары?	НАЧАЛЬНЫЙ/СРЕДНИЙ .... 1 СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНЫЙ .. 2 ВЫСШИЙ 3	1 → 109
108A	На какую специальность Вы учились (учитесь)? Сіз қандай мамандық алсыз\алдыңыз?	______ ☐☐ (НАЗВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)	
109	Сколько лет Вы проучились в том учебном заведении? Сіз сол оқу орнында қанша жыл (класс\курс) оқыдыңыз?	☐☐	
110	ПРОВЕРИТЬ 106 34 ГОДА ИЛИ МЕНЬШЕ ☐ ↓ 111	35 ЛЕТ ИЛИ БОЛЬШЕ ☐	→ 114
111	Учитесь ли Вы в настоящее время? Сіз қазіргі уақытта оқып жүрсіз бе?	ДА .... 1 НЕТ 2	1 → 114
112	Что явилось основной причиной того, что Вы прекратили образование? Сіздің оқуды тоқтатуыңыздың негізгі себебі неде?	ЗАБЕРЕМЕНЕЛА ...... 01 ВЫШЛА ЗАМУЖ ...... 02 ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ..... 03 СЕМЬЯ НУЖДАЛАСЬ В ПОМОЩИ НА РАБОТЕ 04 НУЖНО ЗАРАБАТЫВАТЬ .... 05 ИМЕЮЩЕГОСЯ ОБРАЗОВАНИЯ ДОСТАТОЧНО .... 06 НЕ СДАЛА ЭКЗАМЕНЫ ...... 07 НЕ НРАВИТСЯ УЧИТЬСЯ .... 08 УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ ДАЛЕКО . 09 ДРУГОЕ ______ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 98	
114	Как Вы можете читать и понимать письмо или газету: легко, с трудом или вообще не можете? Сіз хат немесе газетті қаншалықты оқып және түсіне аласыз: оңай, қиындықпен, әлде мүлдем оқып түсіне алмайсыз ба?	ЛЕГКО .... 1 С ТРУДОМ .... 2 ВООБЩЕ НЕ МОЖЕТ . 3	3 → 116

Nº	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
115	Читаете ли Вы газеты или журналы по меньшей мере один раз в неделю? Сіз кемінде аптасына бір рет газет немесе журнал оқисыз ба?	ДА .... 1 НЕТ 2	
116	Слушаете ли Вы радио ежедневно? Сіз күнделікті радио тыңдайсыз ба?	ДА .... 1 НЕТ 2	
117	Смотрите ли Вы телевизор по-меньшей мере один раз в неделю? Сіз кемінде аптасына бір рет теледидар қарайсыз ба?	ДА .... 1 НЕТ 2	
118	Являетесь ли Вы мусульманкой, христианкой, принадлежите к другой религии, или вообще не религиозны? Сіз мусылмансыз ба, христиансыз ба, баска дінге сенесіз бе, әлде діндар емессіз бе?	МУСУЛЬМАНКА .... 1 ХРИСТИАНКА .... 2 ДРУГОЕ ____________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ РЕЛИГИОЗНА .... 7 НЕ ЗНАЕТ 8	
119	Какова Ваша национальность? Вы казашка? Русская? Украинка? Немка? Кореянка? Другой Национальности? Сіздің ултыңыз кім: Казак, орыс, украин, неміс, каріс, немесе баска ұлт?	КАЗАШКА .... 1 РУССКАЯ .... 2 УКРАИНКА .... 3 НЕМКА .... 4 КОРЕЯНКА .... 5 ДРУГОЕ ____________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8	
119A	На каком языке Вам легче читать? Только на казахском? Больше на казахском, чем на русском? Одинаково на казахском и русском ? Больше на русском, чем на казахском? Только на русском? На другом языке? Сізге қай тілде оқыған оңай? Тек қана қазақша? Орысшадан қазақша оңайлау? Қазақша, орысша бірдей? Қазақшадан орысша оңайлау? Тек қана орысша? Баска тілде?	ТОЛЬКО НА КАЗАХСКОМ .... 1 НА КАЗАХСКОМ БОЛЬШЕ, ЧЕМ НА РУССКОМ ... 2 ОДИНАКОВО НА КАЗАХСКОМ И РУССКОМ ..... 3 БОЛЬШЕ НА РУССКОМ, ЧЕМ НА КАЗАХСКОМ .... 4 ТОЛЬКО НА РУССКОМ .... 5 ДРУГОЕ ____________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	

119B	На каком языке Вы обычно разговариваете дома? Только на казахском? Больше на казахском, чем на русском? Одинаково на казахском и русском ? Больше на русском, чем на казахском? Только на русском? На другом языке? Сіз күнделікті үйде кай тілде сөйлейсіз? Тек кана казакша? Орысшадан казакша кобірек? Казакша, орысша, бірдей? Казакшадан орысша көбірек? Тек кана орысша? Баска тілде?	ТОЛЬКО НА КАЗАХСКОМ . . . 1 НА КАЗАХСКОМ БОЛЬШЕ, ЧЕМ НА РУССКОМ 2 ОДИНАКОВО НА КАЗАХСКОМ И РУССКОМ 3 БОЛЬШЕ НА РУССКОМ, ЧЕМ НА КАЗАХСКОМ 4 ТОЛЬКО НА РУССКОМ 5 ДРУГОЕ ______ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
119C	Имеется ли у Вас дачный участок или огород, на котором *Вы можете выращивать фрукты, овощи?* Сіздің жеміс-жидек жане көконіс осіре алатын саяжайыңыз немесе бау-бакшаңыз бар ма?	ДА . . . . . . 1 НЕТ . 2 ДРУГОЕ ______ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
119D	Страдаете ли Вы какими-либо хроническими заболеваниями? Сіз созылмалы аурулармен сыркатсыз ба?	ДА . 1 НЕТ 2	→ 120
119E	Каким заболеванием Вы страдаете? Кандай созылмалы аурулармен сыркатсыз?	______ ☐☐ (НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНИ)	
120	ПРОВЕРИТЬ ЛИСТ ИНТЕРВЬЮЕРА ЕСЛИ ОПРАШИВАЕМАЯ ЖЕНЩИНА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННЫМ ЖИТЕЛЕМ ☐ ↓ ЕСЛИ ОПРАШИВАЕМАЯ ЖЕНЩИНА ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННЫМ ЖИТЕЛЕМ ☐		→ 201
121	Следующие вопросы будут касаться места, где Вы живете. Как называется то место, где Вы постоянно проживаете? Это город, городок или сельская местность? ______ (НАЗВАНИЕ МЕСТА) Келесі сурактар сіз туратын жер жайында болады. Сіз туракты туратын жердің атауы кандай? Ол кала, калашык әлде ауылды жер ме ?	СТОЛИЧНЫЙ ИЛИ БОЛЬШОЙ ГОРОД . 1 НЕБОЛЬШОЙ ГОРОД 2 ГОРОДОК 3 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 4	

Nо	Вопросы и фильтры	Категории кодирования		Переход
122	В какой области это место расположено? *Ол жер қай облыста орналасқан?*	ОБЛАСТЬ:		
		АКМОЛИНСКАЯ	01	
		АКТЮБИНСКАЯ	02	
		АЛМАТИНСКАЯ	03	
		АТЫРАУСКАЯ	04	
		ВОСТ. КАЗАХСТАНСКАЯ	05	
		ЖАМБЫЛСКАЯ	06	
		ЖЕЗКАЗГАНСКАЯ	07	
		ЗАП. КАЗАХСТАНСКАЯ	08	
		КАРАГАНДИНСКАЯ	09	
		КЗЫЛ ОРДИНСКАЯ	10	
		КОКШЕТАУСКАЯ	11	
		КУСТАНАЙСКАЯ	12	
		МАНГИСТАУСКАЯ	13	
		ПАВЛОДАРСКАЯ	14	
		СЕВ. КАЗАХСТАНСКАЯ	15	
		СЕМИПАЛАТИНСКАЯ	16	
		ТАЛДЫКОРГАНСКАЯ	17	
		ТУРГАЙСКАЯ	18	
		ЮЖНО КАЗАХСТАНСКАЯ	19	
		г.АЛМАТЫ	20	
		ДРУГОЕ ______ (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	96	
123	*Сейчас я буду задавать вопросы* о Вашем домашнем хозяйстве. Что является основным источником питьевой воды в Вашем доме? Қазір мен сізің үй шаруашылығыңыз туралы сұрақтар қоямын. Сізің үйде ішуге қолданылатын негізгі су көзі қандай?	ТРУБОПРОВОД		
		ТРУБА В ЖИЛИЩЕ/ДВОР	11	→ 125
		ОБЩЕСТВЕННЫЙ ТРУБОПРОВОД	12	
		КОЛОДЕЗНАЯ ВОДА		
		КОЛОДЕЦ В ЖИЛИЩЕ/ДВОРЕ	21	→ 125
		ОБЩЕСТВЕННЫЙ КОЛОДЕЦ	22	
		ПОВЕРХНОСТНАЯ ВОДА		
		ВЕСЕННИЕ ВОДЫ	31	
		РЕКА/ТЕЧЕНИЕ	32	
		ПРУД/ОЗЕРО	33	
		ВОДОХРАНИЛИЩЕ	34	
		ДОЖДЕВАЯ ВОДА	41	→ 125
		ВОДА ИЗ ВОДОВОЗА	51	
		БУТЫЛОЧНАЯ ВОДА	61	→ 125
		ДРУГОЕ ______ (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	96	

124	Сколько времени требуется для того, чтобы Вы сходили туда, взяли воду и вернулись обратно? Сіз суға барып, алып келуге қанша уақыт жұмсайсыз?	МИНУТЫ . . . . [ ][ ][ ] НАХОДИТСЯ В СОБСТВЕННОМ ВЛАДЕНИИ . . . 996
125	Какой тип туалета в Вашем доме? Сіздің үйдегі әжетхананың түрі қандай?	СМЫВНОЙ ТУАЛЕТ СОБСТВЕННЫЙ . . . . 11 СМЕЖНЫЙ . . . . 12 ТУАЛЕТ В ВИДЕ ЯМЫ ОБЫЧНЫЙ ТИП . . . . 21 УЛУЧШЕННЫЙ · ВЕНТИЛИРУЕМЫЙ . . . . . 22 НЕТ ТУАЛЕТА (ХОДЯТ В КУСТЫ, ПОЛЕ) . . . . . . 31 ДРУГОЙ ______________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)
126	Имеется ли в Вашем доме: Электричество? Радио? Телевизор? Телефон? Холодильник? Сіздің үйде мыналар бар ма: жарық, радио, теледидар, телефон, тоңазытқыш?	ДА НЕТ ЭЛЕКТРИЧЕСТВО . . . . 1 2 РАДИО . . . . 1 2 ТЕЛЕВИЗОР . . . . 1 2 ТЕЛЕФОН . . . . 1 2 ХОЛОДИЛЬНИК 1 2
127	Можете ли Вы сказать, из какого материала сделан Ваш пол? Сіз үй еденінің қандай заттан жасалғанының айта аласыз ба?	ЕСТЕСТВЕННОЕ ПОКРЫТИЕ ЗЕМЛЯ/ПЕСОК . . . . 11 ТЕЗЕК И ДР. . . . . 12 ПРОСТОЙ ПОЛ ДЕРЕВЯННЫЕ ДОСКИ . . . . 21 СОЛОМА, ОПИЛКИ . . . . 22 ОБРАБОТАННЫЙ ПОЛ ПАРКЕТ ИЛИ ПОЛИРОВКА . . . . 31 ЛИНОЛЕУМ ИЛИ АСФАЛЬТ . . . . . . 32 КЕРАМИЧЕСКИЕ ПЛИТКИ . . . . 33 ЦЕМЕНТ . . . . 34 КОВРОЛАН . . . . 35 ДРУГОЕ ______________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)
128	Имеется ли в Вашем доме: Велосипед? Мотоцикл? Автомашина? Сіздің үйде мыналар бар ма: велосипед, мотоцикл, автомашина?	ДА НЕТ ВЕЛОСИПЕД . . . . 1 2 МОТОЦИКЛ . . . . 1 2 АВТОМАШИНА 1 2

Раздел 2. ИСТОРИЯ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

No	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
201	Рожали ли Вы когда-либо? *Бұрын-соңды туып па едіңіз?*	ДА .... 1 НЕТ 2	 → 206
202	Есть ли у Вас сыновья или дочери, которых Вы родили, и которые живут сейчас с Вами? Сіздің өзіңізден туылған және сізбен бірге тұратын ұл-қыздарыңыз бар ма?	ДА .... 1 НЕТ 2	 → 204
203	Сколько сыновей живет сейчас с Вами? Сколько дочерей живет сейчас с Вами? Канша ұлыңыз қазір сізбен бірге тұрады? Канша қызыңыз қазір сізбен бірге тұрады? ЕСЛИ НЕТ, ТО ЗАПИСАТЬ "00"	СЫНОВЬЯ В ДОМЕ .... ☐☐ ДОЧЕРИ В ДОМЕ .... ☐☐	
204	Есть ли у Вас сыновья или дочери, которых Вы родили, которые сейчас живы, но не живут с Вами? Сізбен бірге тұрмайтын, сізден туылған тірі ұл-қыздарыңыз бар ма?	ДА .... 1 НЕТ 2	 → 206
205	Сколько Вы имеете живых сыновей, которые не живут с Вами? Сколько Вы имеете живых дочерей, которые не живут с Вами? Сізбен бірге тұрмайтын, сіздің қанша тірі ұлдарыңыз бар? Сізбен бірге тұрмайтын, сіздің қанша тірі қыздарыңыз бар? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИСАТЬ "00"	СЫНОВЬЯ ВНЕ ДОМА .... ☐☐ ДОЧЕРИ ВНЕ ДОМА .... ☐☐	
206	*Были ли* у Вас родные сыновья или дочери, которые родились живыми, но потом умерли? ЕСЛИ НЕТ, МОЖНО ЗАДАТЬ ВОПРОС СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ: Были ли у Вас дети, которые проявляли какие-либо признаки жизни, но жили только лишь несколько часов или дней? Сіздің тірі туылып, кейіннен қайтыс болған туған ұл немесе қыздарыңыз болды ма? Егер жоқ болса, былай деп сұрау керек: Сіздің тіршілік белгісімен туылып, бірақ бірнеше сағаттан немесе күннен соң қайтыс болған балаларыңыз болды ма?	ДА .... 1 НЕТ 2	 → 208

207	Сколько мальчиков умерло? Сколько девочек умерло? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИСАТЬ "00" Канша улыныз кайтыс болды? Канша кызыныз қайтыс болды?	МАЛЬЧИКОВ УМЕРЛО . . . . ☐☐ ДЕВОЧЕК УМЕРЛО . . . . ☐☐	
208	СУММИРОВАТЬ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ 203, 205, 207 И ВНЕСТИ СУММАРНУЮ ЦИФРУ ЕСЛИ НЕ БЫЛО ДЕТЕЙ РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ ЗАПИСАТЬ "00"	ДЕТИ РОДИВШИЕСЯ ЖИВЫМИ . . . . . ☐☐	
209	Беременность иногда не завершается рождением ребенка. Это бывает связано с тем, что женщина делает аборт, мини-аборт или у нее происходит выкидыш или мертворождение. Можете ли Вы назвать количество сделанных Вами абортов и мини-абортов? Жүктілік барлық жағдайда бала туумен аяқталмайды. Оған себеп әйелдің аборт, кіші аборт жасауы немесе түсік тастауы, әлде өлі бала тууы. Сіз өзіңізге жасалған аборттардың және кіші аборттардың санын атай аласыз ба?	КОЛИЧЕСТВО АБОРТОВ . . . . ☐☐	
210	Сколько было у Вас выкидышей? Сіз канша түсік тастадыңыз?	КОЛИЧЕСТВО ВЫКИДЫШЕЙ . . . . . ☐☐	
211	Сколько было мертворождений? Канша балаңыз өлі туылды?	КОЛИЧЕСТВО МЕРТВОРОЖДЕНИЙ . . ☐☐	
212	СУММИРОВАТЬ 208, 209, 210, 211 И ВНЕСТИ СУММАРНУЮ ЦИФРУ ЕСЛИ НЕ БЫЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ, ЗАПИСАТЬ "00"	КОЛИЧЕСТВО БЕРЕМЕННОСТЕЙ . . . . . ☐☐	
213	ПРОВЕРИТЬ 212 ОДНА ИЛИ БОЛЕЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ☐ ↓ НЕ БЫЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ ☐ →		227

214 Сейчас мне хотелось бы задать Вам вопросы о каждой из Ваших беременностей, включая те, которые завершились рождением живого ребенка, абортом, выкидышем или мертворожденнем. Давайте начнем с самой последней беременности. Ответьте пожалуйста на следующие вопросы.

Қазір сіздің әр жүктілік кезіңіз туралы сұрақтар қоямын. Сіз тірі бала туумен аяқталған, аборт жасалған, түсік тастау немесе өлі бала туылған жағдайларды да қоса айтсаңыз? Ең соңғы жүктілік кезіңізден бастайық. Мына сұрақтарға жауап берсеңіз?

215	216	217	218	219	220	221	222	223	224
Когда закончилась Ваша последняя/предпоследняя/и т.д. беременность? Укажите месяц и год. Сіздің соңғы/алдыңғы жүктілігіңіз қашан бітті? Айы мен жылын атаңыз.	Как завершилась данная беременность: рождением живого ребенка, абортом, выкидышем или мертворождением? Бұл жүктілік қалай аяқталды: тірі бала туумен, аборт жасаумен, түсік тастаумен, әлде өлі бала туумен?	ВЫЧЕСТЬ ГОД ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ИЗ ГОДА В ПРЕДЫДУЩЕЙ ЛИНИИ ПОЛУЧАЕТСЯ ЛИ, ЧТО РАЗНИЦА СОСТАВЛЯЕТ 4 ГОДА ИЛИ БОЛЕЕ? ЕСЛИ ДА, ПОПЫТАЙТЕСЬ ВЫЯСНИТЬ-ПРОПУЩЕНА ЛИ КАКАЯ-ЛИБО ЕЩЕ БЕРЕМЕННОСТЬ	ПРОВЕРИТЬ 216- ЕСЛИ РОДИЛСЯ ЖИВОЙ РЕБЕНОК, ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ 219 - 224. ЕСЛИ БЫЛ АБОРТ, ВЫКИДЫШ ИЛИ МЕРТВОРОЖДЕНИЕ, ПЕРЕЙТИ К ВОПРОСУ 218 ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ	Родился ли у Вас в результате этой беременности один ребенок или двойня, тройня и т.д.? Бұл жүктілік нәтижесінде қанша бала тудыңыз: біреу, егіз, одан да көп?	Какое имя было дано родившемуся ребенку? Туылған баланың есімі кім деп аталды?	Является ли (ИМЯ РЕБЕНКА) мальчиком или девочкой? (БАЛА ЕСІМІ) ұл ма әлде қыз ба?	Жив(а) ли (ИМЯ РЕБЕНКА)? (БАЛА ЕСІМІ) тірі ме?	Сколько полных лет (ИМЯ РЕБЕНКА)? (БАЛА ЕСІМІ) толық жасы қаншада? ЗАПИСАТЬ КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ	Сколько было лет (ИМЯ РЕБЕНКА) когда он(она) умер(ла)? (БАЛА ЕСІМІ) қанша жасында қайтыс болды? ЕСЛИ "1 ГОД", СПРОСИТЬ. Сколько было месяцев? Қанша айлық еді? ЗАПИСАТЬ ДНИ, ЕСЛИ МЕНЬШЕ 1 МЕСЯЦА, МЕСЯЦЫ, ЕСЛИ МЕНЬШЕ 2 ЛЕТ, ГОДЫ
01 МЕСЯЦ . . [ ][ ] ГОД . . [ ][ ]	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . 1 НЕТ. 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 → СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН РЕБЕНОК . . . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ ______	МАЛЬЧИК . . . . . . 1 ДЕВОЧКА 2	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ [ ][ ] → 218	ДНЕЙ . . . . 1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ . . . 2 [ ][ ] ЛЕТ. . . . . 3 [ ][ ]
02 МЕСЯЦ [ ][ ] ГОД . . . [ ][ ]	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . 1 НЕТ. 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 → СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН РЕБЕНОК . . . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ ______	МАЛЬЧИК . . . . . . 1 ДЕВОЧКА 2	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ [ ][ ] → 218	ДНЕЙ . . . . 1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ . . . 2 [ ][ ] ЛЕТ. . . . . . . 3 [ ][ ]
03 МЕСЯЦ . [ ][ ] ГОД . . [ ][ ]	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . 1 НЕТ. 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 → СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН РЕБЕНОК . . . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ ______	МАЛЬЧИК . . . . . . 1 ДЕВОЧКА 2	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ [ ][ ] → 218	ДНЕЙ . . . . . 1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ . . 2 [ ][ ] ЛЕТ. . . . . 3 [ ][ ]
04 МЕСЯЦ [ ][ ] ГОД . [ ][ ]	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . 1 АБОРТ . . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . 1 НЕТ. 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 → СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН РЕБЕНОК . . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ ______	МАЛЬЧИК . . . . . . 1 ДЕВОЧКА 2	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ [ ][ ] → 218	ДНЕЙ . . . . 1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ . . 2 [ ][ ] ЛЕТ. . . . . 3 [ ][ ]

05 МЕСЯЦ . . . [ ][ ] ГОД . . . [ ][ ]	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ ←	ОДИН РЕБЕНОК 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ ________	МАЛЬЧИК . . . . 1 ДЕВОЧКА 2	ДА . . . . 1 НЕТ . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ [ ][ ] → 218	ДНЕЙ . . . . . . 1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ . . . . 2 [ ][ ] ЛЕТ . . . . 3 [ ][ ]
06 МЕСЯЦ . . . [ ][ ] ГОД . . . [ ][ ]	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ ←	ОДИН РЕБЕНОК . 1 БЛИЗНЕЦЫ . . . 2	ИМЯ ________	МАЛЬЧИК . . . . . . 1 ДЕВОЧКА . . 2	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ [ ][ ] → 218	ДНЕЙ . . . . . . 1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ . . . . 2 [ ][ ] ЛЕТ . . . . . . 3 [ ][ ]
07 МЕСЯЦ . . . [ ][ ] ГОД . . [ ][ ]	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ 4	ДА . . . . 1 НЕТ . . 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ 4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ ←	ОДИН РЕБЕНОК . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ ________	МАЛЬЧИК . . . . . . 1 ДЕВОЧКА . . . 2	ДА 1 НЕТ . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ [ ][ ] → 218	ДНЕЙ . . . . . . 1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ . . . . 2 [ ][ ] ЛЕТ . . . . 3 [ ][ ]
08 МЕСЯЦ . . [ ][ ] ГОД . [ ][ ]	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . . 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . 1 АБОРТ . . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ ←	ОДИН РЕБЕНОК 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ ________	МАЛЬЧИК . . . 1 ДЕВОЧКА . . . 2	ДА . . . 1 НЕТ . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ [ ][ ] → 218	ДНЕЙ . . . . . . 1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ . . . . 2 [ ][ ] ЛЕТ . . 3 [ ][ ]

09 МЕСЯЦ . . . ГОД	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . .1 АБОРТ . . . . .2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . .3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ .4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН РЕБЕНОК . . . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ	МАЛЬЧИК . . . . . . 1 ДЕВОЧКА 2	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ 218	ДНЕЙ . . . . .1 МЕСЯЦЕВ . . . . .2 ЛЕТ 3
10 МЕСЯЦ . . . ГОД	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . .1 АБОРТ . . . . .2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . .3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ .4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН РЕБЕНОК . . . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ	МАЛЬЧИК . . . . . . 1 ДЕВОЧКА 2	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ 218	ДНЕЙ . . . . .1 МЕСЯЦЕВ . . . . .2 ЛЕТ 3
11 МЕСЯЦ . . . ГОД	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . .1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ .4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН РЕБЕНОК . . . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ	МАЛЬЧИК . . . . . . 1 ДЕВОЧКА 2	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ 218	ДНЕЙ . . . . .1 МЕСЯЦЕВ . . . . .2 ЛЕТ 3
12 МЕСЯЦ . . . ГОД	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . .1 АБОРТ . . . . .2 ВЫКИДЫШ . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА . . . . . 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК . . . 1 АБОРТ . . . . 2 ВЫКИДЫШ . . . . . . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ .4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН РЕБЕНОК . . . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ	МАЛЬЧИК . . . . 1 ДЕВОЧКА 2	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ 218	ДНЕЙ . . . . .1 МЕСЯЦЕВ . . . . .2 ЛЕТ 3

13 МЕСЯЦ ... ГОД	ЖИВОЙ РЕБЕНОК ... 1 АБОРТ .... 2 ВЫКИДЫШ .... 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА .... 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК ... 1 АБОРТ .... 2 ВЫКИДЫШ .... 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ 4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ ←	ОДИН РЕБЕНОК .. 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ	МАЛЬЧИК ...... 1 ДЕВОЧКА 2	ДА ..... 1 НЕТ ... 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ 218 ←	ДНЕЙ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 ЛЕТ 3
14 МЕСЯЦ . ГОД ..	ЖИВОЙ РЕБЕНОК ... 1 АБОРТ .... 2 ВЫКИДЫШ .... 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ 4	ДА .... 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК ... 1 АБОРТ .... 2 ВЫКИДЫШ .... 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ ←	ОДИН РЕБЕНОК . 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ	МАЛЬЧИК ..... 1 ДЕВОЧКА 2	ДА ...... 1 НЕТ ... 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ 218 ←	ДНЕЙ ..... 1 МЕСЯЦЕВ ..... 2 ЛЕТ 3
15 МЕСЯЦ . ГОД	ЖИВОЙ РЕБЕНОК ... 1 АБОРТ ... 2 ВЫКИДЫШ . 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ 4	ДА .... 1 НЕТ .. 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК ... 1 АБОРТ .... 2 ВЫКИДЫШ .... 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ ←	ОДИН РЕБЕНОК ... 1 БЛИЗНЕЦЫ ... 2	ИМЯ	МАЛЬЧИК ... 1 ДЕВОЧКА 2	ДА ... 1 НЕТ ... 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ 218 ←	ДНЕЙ 1 МЕСЯЦЕВ . 2 ЛЕТ 3
16 МЕСЯЦ ГОД	ЖИВОЙ РЕБЕНОК .. 1 АБОРТ .. 2 ВЫКИДЫШ ... 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4	ДА .... 1 НЕТ 2	ЖИВОЙ РЕБЕНОК ... 1 АБОРТ .... 2 ВЫКИДЫШ .... 3 МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ . 4 СЛЕД. БЕРЕМЕННОСТЬ ←	ОДИН РЕБЕНОК .. 1 БЛИЗНЕЦЫ 2	ИМЯ	МАЛЬЧИК ...... 1 ДЕВОЧКА 2	ДА .. 1 НЕТ . 2 → 224	КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ 218 ←	ДНЕЙ . 1 МЕСЯЦЕВ 2 ЛЕТ 3

225 СРАВНИТЬ ОТВЕТ НА ВОПРОС 212 С КОЛИЧЕСТВОМ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В ОТВЕТАХ НА ВОПРОС 215

ТО ЖЕ САМОЕ КОЛИЧЕСТВО ☐ ↓ ЦИФРЫ РАЗНЫЕ ☐ → (ПОПЫТАТЬСЯ СОГЛАСОВАТЬ)

ПРОВЕРИТЬ 215: ЗАПИСАН ЛИ ГОД, ПРИ КОТОРОМ ЗАВЕРШИЛАСЬ КАЖДАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ☐

223: ЗАПИСАН ЛИ ВОЗРАСТ КАЖДОГО ЖИВУЩЕГО РЕБЕНКА. ☐

224: ЕСЛИ ВОЗРАСТ ПРИ СМЕРТИ 12 МЕСЯЦЕВ ИЛИ 1 ГОД, ПОПЫТАЛИСЬ ЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ ТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МЕСЯЦЕВ. ☐

226 ПРОВЕРИТЬ 215: УКАЗАТЬ КОЛИЧЕСТВО БЕРЕМЕННОСТЕЙ ЗАВЕРШИВШИХСЯ ЗА ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАЧИНАЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА. ЕСЛИ ЗА ЭТОТ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ НЕ БЫЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ - ЗАПИСАТЬ "0" ☐

No	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
227	*Беременны ли Вы сейчас?*	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 НЕ УВЕРЕНА 8	2, 8 → 230
228	Сколько месяцев Вашей беременности? ЗАПИСАТЬ КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ МЕСЯЦЕВ.	МЕСЯЦЫ . . . . ☐☐	
229	В то время, когда Вы забеременели, желали ли Вы забеременеть <u>именно тогда</u>, или Вы планировали забеременеть <u>позже</u>, или Вы <u>вообще не хотели</u> забеременеть?	ТОГДА . . . . 1 ПОЗЖЕ . . . . 2 ВООБЩЕ НЕ ХОТЕЛА 3	
230	*Когда у Вас начались менструации в последний раз?* ____________________ *(ЗАПИСАТЬ ДАТУ, ЕСЛИ ИЗВЕСТНА)*	ДНЕЙ НАЗАД . . . . 1 ☐☐ НЕДЕЛЬ НАЗАД . . . . 2 ☐☐ МЕСЯЦЕВ НАЗАД . . . . 3 ☐☐ *ЛЕТ НАЗАД* . . . . 4 ☐☐ СЕЙЧАС МЕНОПАУЗА . . . . 994 ДО ПОСЛЕДНИХ РОДОВ . . . . 995 НИКОГДА НЕ МЕНСТРУИРОВАЛА 996	
231	Можете ли Вы указать определенное время между первым днем месячных и первым днем следующих месячных, когда наиболее высока вероятность забеременеть?	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ 8	2, 8 → 301
232	Можете ли Вы назвать конкретное время месячного цикла, когда у женщины высока вероятность забеременеть?	*ВО ВРЕМЯ МЕСЯЧНЫХ* . . . . 01 СРАЗУ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ МЕСЯЧНЫХ . . 02 В СЕРЕДИНЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА . . 03 ПЕРЕД НАЧАЛОМ МЕСЯЧНЫХ . . . . . . 04 *ДРУГОЕ* ____________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 98	

Раздел 3. ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

301	ПРОВЕРИТЬ 226:	В ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАЧИНАЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА БЕРЕМЕНЕЛА ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ ОДИН РАЗ ☐ ↓		НИ РАЗУ НЕ БЕРЕМЕНЕЛА ЗА ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАЧИНАЯ С ЯНВАРЯ 1992 ☐ → (ПЕРЕЙТИ К 458)	
302	ВНЕСТИ НОМЕР ЛИНИИ ДЛЯ КАЖДОЙ БЕРЕМЕНОСТИ, ЗАВЕРШИВШЕЙСЯ В ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАЧИНАЯ С ЯНВАРЯ 1992Г. ЕСЛИ БОЛЕЕ ЧЕТЫРЕХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ - ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ Сейчас я буду задавать Вам вопросы о Ваших беременностях за последние три года. Мен Сізге қазір, Сіздің соңғы үш жыл ішіндегі жүктілігіңіз жайында сұрақтар қоямын.				
303	НОМЕР ЛИНИИ (СМ. 215)	ПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НОМЕР ЛИНИИ .... ☐☐	ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НОМЕР ЛИНИИ .... ☐☐	ПРЕД ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НОМЕР ЛИНИИ .... ☐☐	ПРЕД ПРЕД ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НОМЕР ЛИНИИ .... ☐☐
304	СМ. ВОПРОСЫ 216 И 220: ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ИЛИ ИМЯ РЕБЕНКА	ИСХОД ИЛИ ИМЯ ________	ИСХОД ИЛИ ИМЯ ________	ИСХОД ИЛИ ИМЯ ________	ИСХОД ИЛИ ИМЯ ________
305	В то время, когда Вы были беременны (ИМЯ РЕБЕНКА), хотели ли Вы данной беременности тогда, или Вы предпочтали забеременеть позже или Вы вообще не хотели более иметь детей? Сіз (БАЛА ЕСІМІ) жүкті кезіңізде, осы жүктілікті қалап па едіңіз, әлде кейінірек жүкті болғыңыз келді ме, немесе мүлдем балалы болғыңыз келмеді ме?	ТОГДА .... 1 (ПЕРЕЙТИ К 306А) ПОЗЖЕ .... 2 НЕ ХОТЕЛА .... 3 (ПЕРЕЙТИ К 306)	ТОГДА .... 1 (ПЕРЕЙТИ К 306А) ПОЗЖЕ .... 2 НЕ ХОТЕЛА .... 3 (ПЕРЕЙТИ К 306)	ТОГДА .... 1 (ПЕРЕЙТИ К 306А) ПОЗЖЕ .... 2 НЕ ХОТЕЛА .... 3 (ПЕРЕЙТИ К 306)	ТОГДА .... 1 (ПЕРЕЙТИ К 306А) ПОЗЖЕ .... 2 НЕ ХОТЕЛА .... 3 (ПЕРЕЙТИ К 306)
305А	Как долго Вы бы предпочитали ждать? Каншалыкты узақ уақыт күткіңіз келді?	МЕСЯЦЫ .... 1 ☐☐ ГОДЫ .... 2 ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 998	МЕСЯЦЫ .... 1 ☐☐ ГОДЫ .... 2 ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 998	МЕСЯЦЫ .... 1 ☐☐ ГОДЫ .... 2 ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 998	МЕСЯЦЫ .... 1 ☐☐ ГОДЫ .... 2 ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 998
306	Применяли ли Вы метод контрацепции в то время, когда забеременели? Если да, то какой?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ________ ☐☐	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ________ ☐☐	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ________ ☐☐	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ________ ☐☐
306А	ПРОВЕРИТЬ: 304 ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ	АБОРТ ☐ → 316 ВЫКИДЫШ ☐ → 325 МЕРТВОРОЖДЕНИЕ ☐ ЖИВОЙ РЕБЕНОК ☐ ↓	АБОРТ ☐ → 316 ВЫКИДЫШ ☐ → 325 МЕРТВОРОЖДЕНИЕ ☐ ЖИВОЙ РЕБЕНОК ☐ ↓	АБОРТ ☐ → 316 ВЫКИДЫШ ☐ → 325 МЕРТВОРОЖДЕНИЕ ☐ ЖИВОЙ РЕБЕНОК ☐ ↓	АБОРТ ☐ → 316 ВЫКИДЫШ ☐ → 325 МЕРТВОРОЖДЕНИЕ ☐ ЖИВОЙ РЕБЕНОК ☐ ↓

		ПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ ___	ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ ___	ПРЕД-ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ ___	ПРЕД-ПРЕД-ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ ___
307	Оказывал ли Вам кто-либо антенатальную помощь в то время, когда Вы были беременны (ИМЯ РЕБЕНКА) ЕСЛИ ДА: Кто оказывал помощь? Кто еще? Сізге (БАЛА ЕСІМІ) жүкті кезіңізде, кімдер антенатальдык медициналык көмек көрсетті? Егер "ия" болса: кім көмек көрсетті? Тағы кімдер? ПЕРЕЧИСЛИТЬ ВСЕХ ЛИЦ ИЗ СПИСКА, ОКАЗЫВАВШИХ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ.	МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ВРАЧ .... A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА .... B НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА .... C РОДСТВЕННИК/ДРУГ .... D ДРУГОЕ ЛИЦО ___ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО .... Y (ПЕРЕЙТИ К 312)	МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ВРАЧ .... A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА .... B НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА .... C РОДСТВЕННИК/ДРУГ .... D ДРУГОЕ ЛИЦО ___ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО .... Y (ПЕРЕЙТИ К 312)	МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ВРАЧ .... A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА .... B НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА .... C РОДСТВЕННИК/ДРУГ .... D ДРУГОЕ ЛИЦО ___ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО .... Y (ПЕРЕЙТИ К 312)	МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ВРАЧ .... A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА .... B НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА .... C РОДСТВЕННИК/ДРУГ .... D ДРУГОЕ ЛИЦО ___ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО .... Y (ПЕРЕЙТИ К 312)
308	На каком месяце беременности Вы впервые получили антенатальную помощь? Жүктілігіңізге канша ай болғанда, сізге бірінші рет антенатальдык медициналык көмек көрсетілді?	МЕСЯЦЫ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	МЕСЯЦЫ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	МЕСЯЦЫ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	МЕСЯЦЫ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98
309	Сколько раз за время данной беременности Вам была оказана антенатальная помощь? Сізге жүкті кезіңізде канша рет антенатальдык медициналык көмек көрсетілді?	КОЛИЧЕСТВО .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	КОЛИЧЕСТВО .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	КОЛИЧЕСТВО .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	КОЛИЧЕСТВО .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98
312	Где (ИМЯ РЕБЕНКА) родился/произошли роды? (БАЛА ЕСІМІ) кай жерде туылды\босандыңыз?	ДОМА В ДОМЕ ЖЕНЩИНЫ .... 11 В ДРУГОМ ДОМЕ .... 12 В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ РОДДОМЕ .... 21 БОЛЬНИЦЕ .... 22 ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОМ ПУНКТЕ .... 23 ДРУГОМ УЧРЕЖДЕНИИ ___ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЕ ___ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ДОМА В ДОМЕ ЖЕНЩИНЫ .... 11 В ДРУГОМ ДОМЕ .... 12 В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ РОДДОМЕ .... 21 БОЛЬНИЦЕ .... 22 ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОМ ПУНКТЕ .... 23 ДРУГОМ УЧРЕЖДЕНИИ ___ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЕ ___ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ДОМА В ДОМЕ ЖЕНЩИНЫ .... 11 В ДРУГОМ ДОМЕ .... 12 В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ РОДДОМЕ .... 21 БОЛЬНИЦЕ .... 22 ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОМ ПУНКТЕ .... 23 ДРУГОМ УЧРЕЖДЕНИИ ___ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЕ ___ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ДОМА В ДОМЕ ЖЕНЩИНЫ .... 11 В ДРУГОМ ДОМЕ .... 12 В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ РОДДОМЕ .... 21 БОЛЬНИЦЕ .... 22 ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОМ ПУНКТЕ .... 23 ДРУГОМ УЧРЕЖДЕНИИ ___ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЕ ___ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)

313	Кто принимал участие при рождении (ИМЯ РЕБЕНКА)/в проведении родов? Кто-либо еще? (БАЛА ЕСІМІ) туылғанда\баланы босандыруға кім қатысты? Тағы кімдер?	МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ВРАЧ ... A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА ... B НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА ... C РОДСТВЕННИК/ДРУГ ... D ДРУГОЕ ЛИЦО ______ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО ... Y	МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ВРАЧ ... A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА ... B НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА ... C РОДСТВЕННИК/ДРУГ ... D ДРУГОЕ ЛИЦО ______ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО ... Y	МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ВРАЧ ... A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА ... B НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА ... C РОДСТВЕННИК/ДРУГ ... D ДРУГОЕ ЛИЦО ______ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО ... Y	МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ВРАЧ ... A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА ... B НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА ... C РОДСТВЕННИК/ДРУГ ... D ДРУГОЕ ЛИЦО ______ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО ... Y
314	Были ли у Вас какие-либо из нижеперечисленных осложнений во время рождения (ИМЯ РЕБЕНКА)/родов Длительные роды - продолжительность схваток более 18 часов? Кровотечение в таком количестве, что Вы боялись что оно могло угрожать Вашей жизни? Лихорадка во время родов и Вы отметили, что выделения из влагалища дурно пахли? Судороги не связанные с лихорадкой? Продолжительный безводный период (более 6 час.)? Сізде (БАЛА ЕСІМІ) \ баланы босану кезінде төменде аталған асқыну түрлері болды ма: Ұзаққа созылған босану —толғату уақтығы 18 сағаттан артық? Өміріңізге қауіп төндіретін көлемдегі қан кетті ме? Босану кезінде денеңіздің қызуы қатты көтеріліп, қынаптан аққан сұйықтықтың иісі жаман болды ма? Дене қызуының қатты көтерілуіне байланыссыз тырысу? Ұзаққа созылған сусыз кезең (6 сағаттан артық)?	ДА НЕТ ДЛИТЕЛЬНЫЕ РОДЫ ... 1 2 КРОВОТЕЧЕНИЕ ... 1 2 ЛИХОРАДКА/ЗАПАХ ... 1 2 СУДОРОГИ ... 1 2 БЕЗВОДНЫЙ ПЕРИОД ... 1 2	ДА НЕТ ДЛИТЕЛЬНЫЕ РОДЫ ... 1 2 КРОВОТЕЧЕНИЕ ... 1 2 ЛИХОРАДКА/ЗАПАХ ... 1 2 СУДОРОГИ ... 1 2 БЕЗВОДНЫЙ ПЕРИОД ... 1 2	ДА НЕТ ДЛИТЕЛЬНЫЕ РОДЫ ... 1 2 КРОВОТЕЧЕНИЕ ... 1 2 ЛИХОРАДКА/ЗАПАХ ... 1 2 СУДОРОГИ ... 1 2 БЕЗВОДНЫЙ ПЕРИОД ... 1 2	ДА НЕТ ДЛИТЕЛЬНЫЕ РОДЫ ... 1 2 КРОВОТЕЧЕНИЕ ... 1 2 ЛИХОРАДКА/ЗАПАХ ... 1 2 СУДОРОГИ ... 1 2 БЕЗВОДНЫЙ ПЕРИОД ... 1 2

		ПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ __________	ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ __________	ПРЕД ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ __________	ПРЕД ПРЕД ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ __________
315	Родился ли (ИМЯ РЕБЕНКА)/ребенок кесаревым сечением? (БАЛА ЕСІМІ) \ бала кесарь кесуімен жарып алынды ма?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 325 ←	ДА .... 1 НЕТ .... 2 325 ←	ДА .... 1 НЕТ .... 2 325 ←	ДА .... 1 НЕТ .... 2 325 ←
316	Где Вам проводили аборт? Сізге аборт қайда жасалды?	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА .... 11 ПОЛИКЛИНИКА .... 12 АМБУЛАТОРИЯ .... 13 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... 14 ДРУГОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ __________ 16 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА .... 21 ЧАСТНЫЙ ВРАЧ .... 22 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИН-СКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ __________ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК) ...... 31 ДРУГОЕ __________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА .... 11 ПОЛИКЛИНИКА .... 12 АМБУЛАТОРИЯ .... 13 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... 14 ДРУГОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ __________ 16 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА .... 21 ЧАСТНЫЙ ВРАЧ .... 22 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИН-СКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ __________ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК) ...... 31 ДРУГОЕ __________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА .... 11 ПОЛИКЛИНИКА .... 12 АМБУЛАТОРИЯ .... 13 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... 14 ДРУГОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ __________ 16 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА .... 21 ЧАСТНЫЙ ВРАЧ .... 22 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИН-СКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ __________ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК) ...... 31 ДРУГОЕ __________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА .... 11 ПОЛИКЛИНИКА .... 12 АМБУЛАТОРИЯ .... 13 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... 14 ДРУГОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ __________ 16 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА .... 21 ЧАСТНЫЙ ВРАЧ .... 22 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИН-СКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ __________ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК) ...... 31 ДРУГОЕ __________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)
317	Каким методом Вам прерывали беременность? Сіздің жүктілігіңізді қай әдіспен үзді?	ВЫСКАБЛИВАНИЕ .... 1 АСПИРАЦИЯ .... 2 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ .... 3 НАРОДНЫЕ МЕТОДЫ .... 4 ДРУГОЕ __________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8	ВЫСКАБЛИВАНИЕ .... 1 АСПИРАЦИЯ .... 2 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ .... 3 НАРОДНЫЕ МЕТОДЫ .... 4 ДРУГОЕ __________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8	ВЫСКАБЛИВАНИЕ .... 1 АСПИРАЦИЯ .... 2 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ .... 3 НАРОДНЫЕ МЕТОДЫ .... 4 ДРУГОЕ __________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8	ВЫСКАБЛИВАНИЕ .... 1 АСПИРАЦИЯ .... 2 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ .... 3 НАРОДНЫЕ МЕТОДЫ .... 4 ДРУГОЕ __________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 8

318	Кто Вам оказывал помощь? Сізге кім көмек корсетті? ОТМЕТИТЬ ВСЕХ УЧАСТВОВАВШИХ ЛИЦ.	ВРАЧ . . . . A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА . . . . B ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА . . . . C ДРУГОЕ ЛИЦО ____________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО . . . . Y	ВРАЧ . . . . A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА . . . . . . B ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА . . . . C ДРУГОЕ ЛИЦО ____________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО . . . . Y	ВРАЧ . . . . A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА . . . . . B ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА . . . . C ДРУГОЕ ЛИЦО ____________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО . . . . Y	ВРАЧ . . . . A МЕДСЕСТРА/АКУШЕРКА . . . . B ПОВИВАЛЬНАЯ БАБКА . . . . C ДРУГОЕ ЛИЦО ____________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НИКТО . . . . Y
319	Иногда у женщин возникают осложнения в результате проведенного аборта. Были ли у Вас какие-либо осложнения? Кейде әйелдерде аборттан кейін асқынулар болады. Сізде қандай да бір асқыну түрлері болды ма?	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ . . . . 8 → 325	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ . . . . 8 → 325	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ . . . . 8 → 325	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ . . . . 8 → 325
320	Какие осложнения были у Вас боли в тазовой области? бесплодие? инфекция? нарушение менструального цикла? кровотечение? другое? Сізде қандай асқынулар болды? Жамбас-курсақ аймағы ауырды, бедеулік, жұқпалы аурулар, етек кір айналымының бузылуы, қан кету, басқа асқынулар? ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ	БОЛИ В ТАЗОВОЙ ОБЛАСТИ . . . A БЕСПЛОДИЕ . . . . B ИНФЕКЦИЯ . . . . C НАРУШЕНИЕ МЕНСТР. ЦИКЛА . . D КРОВОТЕЧЕНИЕ . . . . E ДРУГОЕ ____________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ . . . . Z	БОЛИ В ТАЗОВОЙ ОБЛАСТИ . . . . A БЕСПЛОДИЕ . . . . B ИНФЕКЦИЯ . . . . C НАРУШЕНИЕ МЕНСТР. ЦИКЛА . . . . D КРОВОТЕЧЕНИЕ . . . . E ДРУГОЕ ____________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ . . . . Z	БОЛИ В ТАЗОВОЙ ОБЛАСТИ . . . . A БЕСПЛОДИЕ . . . . B ИНФЕКЦИЯ . . . . C НАРУШЕНИЕ МЕНСТР. ЦИКЛА . . . D КРОВОТЕЧЕНИЕ . . . . . . E ДРУГОЕ ____________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ . . . . Z	БОЛИ В ТАЗОВОЙ ОБЛАСТИ . . . . A БЕСПЛОДИЕ . . . . B ИНФЕКЦИЯ . . . . C НАРУШЕНИЕ МЕНСТР. ЦИКЛА . . . . D КРОВОТЕЧЕНИЕ . . . . E ДРУГОЕ ____________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ . . . . Z
321	Обращались ли Вы за медицинской помощью по-поводу указанных осложнений? Сіз аталған асқынулар кезінде медицина қызметкерлеріне көріндініз бе?	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 325 ←	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 325 ←	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 325 ←	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 325 ←

		ПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ ________	ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ ________	ПРЕД-ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ ________	ПРЕД-ПРЕД-ПРЕДПОСЛЕДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ИСХОД ИЛИ ИМЯ ________
322	Куда Вы обращались за медицинской помощью? Сіз медициналық көмек алу үшін қайда көріндіңіз? ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ЖЕНЩИНОЙ.	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА . . . . A ПОЛИКЛИНИКА . . . . B АМБУЛАТОРИЯ . . . . C ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . . D ДРУГОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ E (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА . . . . F ЧАСТНЫЙ ВРАЧ . . . . G ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ H (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК . . . . I ДРУГОЕ ________ J (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА . . . . A ПОЛИКЛИНИКА . . . . B АМБУЛАТОРИЯ . . . . C ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . . D ДРУГОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ E (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА . . . . F ЧАСТНЫЙ ВРАЧ . . . . G ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ H (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК . . . . I ДРУГОЕ ________ J (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА . . . . A ПОЛИКЛИНИКА . . . . B АМБУЛАТОРИЯ . . . . C ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . . D ДРУГОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ E (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА . . . . F ЧАСТНЫЙ ВРАЧ . . . . G ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ H (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК . . . . I ДРУГОЕ ________ J (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА . . . . A ПОЛИКЛИНИКА . . . . B АМБУЛАТОРИЯ . . . . C ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . . D ДРУГОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ E (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА . . . . F ЧАСТНЫЙ ВРАЧ . . . . G ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ H (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК . . . . I ДРУГОЕ ________ J (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)
323	Лежали ли Вы в больнице для лечения этих осложнений? Сіз осы асқынуларды емдеу үшін ауруханада жаттыңыз ба?	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 → 325	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 → 325	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 → 325	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 → 325
324	Сколько дней Вы провели в больнице? *Ауруханада қанша күн болдыңыз?*	КОЛИЧЕСТВО . . . . ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 98	КОЛИЧЕСТВО . . . . ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 98	КОЛИЧЕСТВО . . . . ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 98	КОЛИЧЕСТВО . . . . ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 98
325		ВЕРНУТЬСЯ К ВОПРОСУ 305 В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБИКЕ. ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕ БЫЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К ВОПРОСУ 401	ВЕРНУТЬСЯ К ВОПРОСУ 305 В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБИКЕ. ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕ БЫЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К ВОПРОСУ 401	ВЕРНУТЬСЯ К ВОПРОСУ 305 В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБИКЕ. ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕ БЫЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К ВОПРОСУ 401	ВЕРНУТЬСЯ К ВОПРОСУ 305 В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБИКЕ. ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕ БЫЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К ВОПРОСУ 401

Раздел 4А. РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА, ПИТАНИЕ И ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

401	ПРОВЕРИТЬ 306А В ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАЧИНАЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА, РОДИЛСЯ ЖИВЫМ ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ ОДИН РЕБЕНОК ДАЖЕ ТОТ, КОТОРЫЙ ВПОСЛЕДСТВИИ УМЕР ☐ НЕ БЫЛО ДЕТЕЙ РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ В ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАЧИНАЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА ☐ → (ПЕРЕЙТИ К 459)		
402	ПРОВЕРИТЬ 303 И 306А: ВНЕСТИ НОМЕР ЛИНИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ, ВКЛЮЧАЯ ТЕХ, КОТОРЫЕ ВПОСЛЕДСТВИИ УМЕРЛИ. ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ О КАЖДОМ ИЗ НИХ, НАЧИНАЯ С РОДИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДНИМ. (ЕСЛИ РОДИЛОСЬ БОЛЕЕ ДВУХ ДЕТЕЙ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ). Сейчас разрешите мне задать вопросы о Ваших детях родившихся в течение последних трех лет. Давайте поговорим о каждом в отдельности. Казір мен сіздін сонғы үш жыл ішінде туылған балаларыңыз туралы сұрақтар қоямын. Әрқайсысы туралы жеке әңгімелессек.		
403	НОМЕР ЛИНИИ ИЗ 303	ПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК НОМЕР ЛИНИИ . . . . . ☐☐	ПРЕДПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК НОМЕР ЛИНИИ . . . . ☐☐
404	ПЕРЕПИСАТЬ ИМЯ ИЗ 304	ИМЯ ________	ИМЯ ________
405	Каким был (ИМЯ РЕБЕНКА) при рождении: очень большим по размеру, больше среднего, средним, меньше среднего, очень маленьким? Туылғанда (БАЛА ЕСІМІ) қандай болды: Өте үлкен, орташа жоғары, орта, орташа төмен, өте кішкентай?	ОЧЕНЬ БОЛЬШИМ . . . . . 1 БОЛЬШЕ СРЕДНЕГО . . . . . 2 СРЕДНИМ . . . . . 3 МЕНЬШЕ СРЕДНЕГО . . . . . 4 ОЧЕНЬ МАЛЕНЬКИМ . . . . . 5 НЕ ЗНАЕТ 8	ОЧЕНЬ БОЛЬШИМ . . . . . 1 БОЛЬШЕ СРЕДНЕГО . . . . . 2 СРЕДНИМ . . . . . 3 МЕНЬШЕ СЕДНЕГО . . . . . 4 ОЧЕНЬ МАЛЕНЬКИМ . . . . . 5 НЕ ЗНАЕТ 8
406	Измеряли ли вес (ИМЯ РЕБЕНКА) при рождении? (БАЛА ЕСІМІ) салмағын туылғанда өлшеді ме?	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 408) ←	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 408) ←
407	Каков был его/ее вес при рождении? Оның салмағы туылғанда қандай болды? ЗАПИСАТЬ ВЕС ИЗ КАРТОЧКИ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)	ВЕС В ГРАММАХ ПО КАРТОЧКЕ . . . . . . 1 ☐☐☐☐ ВЕС В ГРАММАХ ПО ПАМЯТИ . . . . 2 ☐☐☐☐ НЕ ЗНАЕТ 99998	ВЕС В ГРАММАХ ПО КАРТОЧКЕ . . . . . . 1 ☐☐☐☐ ВЕС В ГРАММАХ ПО ПАМЯТИ . . . . 2 ☐☐☐☐ НЕ ЗНАЕТ 99998
408	Измеряли ли рост (ИМЯ РЕБЕНКА) при рождении? (БАЛА ЕСІМІ) туылғанда бойын өлшеді ме?	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 410) ←	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 410) ←
409	Каков был рост (ИМЯ РЕБЕНКА) при рождении? (БАЛА ЕСІМІ) туылғанда бойы қандай болды? ЗАПИСАТЬ РОСТ ИЗ КАРТОЧКИ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)	РОСТ В СМ. ПО КАРТОЧКЕ 1 ☐☐ РОСТ В СМ. ПО ПАМЯТИ . 2 ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 998	РОСТ В СМ. ПО КАРТОЧКЕ . . 1 ☐☐ РОСТ В СМ. ПО ПАМЯТИ 2 ☐☐ НЕ ЗНАЕТ . . 998

		ПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________	ПРЕДПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________
410	Восстановились ли у Вас месячные в период после рождения (ИМЯ РЕБЕНКА)? *(БАЛА ЕСІМІ) босанғаннан кейін етек кіріміз қалпына келді ме?*	ДА . . . . 1 (ПЕРЕЙТИ К 412) НЕТ . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 413)	[redacted]
411	Восстановились ли у Вас месячные в период времени между рождением (ИМЯ РЕБЕНКА) и последующей беременностью? Сіздің етек кіріңіз (БАЛА ЕСІМІ) туылуы мен келесі жүктіліктің аралығында қалпына келді ме?	[redacted]	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 415)
412	В течение скольких месяцев после рождения (ИМЯ РЕБЕНКА) у Вас не восстанавливались месячные? (БАЛА ЕСІМІ) босанғаннан кейін қанша уақыт бойы сіздің етек кіріңіз қалпына келмеді?	МЕСЯЦЫ . . . [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	МЕСЯЦЫ . . . . [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98
413	ПРОВЕРИТЬ 227 БЕРЕМЕННА ЛИ ЖЕНЩИНА В ДАННЫЙ МОМЕНТ?	НЕ БЕРЕМЕННА [ ] ↓ БЕРЕМЕННА ИЛИ НЕ УВЕРЕНА [ ] ПЕРЕЙТИ К 415	[redacted]
414	Восстановили ли Вы половые связи после рождения (ИМЯ РЕБЕНКА)? Сіз (БАЛА ЕСІМІ) босанғаннан кейін жыныстық қатынасты қалпына келтірдіңіз бе?	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 416)	[redacted]
415	В течение скольких месяцев после рождения (ИМЯ РЕБЕНКА) Вы воздерживались от половых контактов? (БАЛА ЕСІМІ) босанғаннан кейін, сіз қанша ай бойы жыныстық қатынастан сақтандыңыз?	МЕСЯЦЫ . . . . [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	МЕСЯЦЫ . . . . [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98
416	Кормили ли Вы когда-либо (ИМЯ РЕБЕНКА) грудью? Сіз (БАЛА ЕСІМІ) бұрын-соңды емшек еміздіңіз бе?	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 422)	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 422)
417	Спустя сколько времени после рождения Вы впервые приложили (ИМЯ РЕБЕНКА) к груди? Босанғаннан кейін қанша уақыттан соң, сіз (БАЛА ЕСІМІ) алғаш рет емшек еміздіңіз? ЕСЛИ МЕНЬШЕ 1 ЧАСА, ЗАПИШИТЕ "00" ЧАСОВ. ЕСЛИ МЕНЬШЕ 24 ЧАСОВ, ЗАПИШИТЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ. В ОСТАЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ЗАПИШИТЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ.	НЕМЕДЛЕННО . . . . 000 ЧАСЫ . . . . 1 [ ][ ] ДНИ . . . . 2 [ ][ ]	НЕМЕДЛЕННО . . . . 000 ЧАСЫ . . . . 1 [ ][ ] ДНИ . . . . 2 [ ][ ]

237

418	ПРОВЕРИТЬ 222: ЖИВ ЛИ РЕБЕНОК?	ЖИВ ☐ НЕ ЖИВ ☐ (ПЕРЕЙТИ К 420)	ЖИВ ☐ НЕ ЖИВ ☐ (ПЕРЕЙТИ К 420)
419	Кормите ли Вы (ИМЯ РЕБЕНКА) до сих пор грудью? Сіз (БАЛА ЕСІМІ) казірге дейін емізесіз бе?	ДА (ПЕРЕЙТИ К 423) НЕТ 2	ДА (ПЕРЕЙТИ К 423) НЕТ 2
420	В течение скольких месяцев Вы кормили (ИМЯ РЕБЕНКА) грудью? Сіз (БАЛА ЕСІМІ) қанша ай бойы еміздіңіз?	МЕСЯЦЫ ☐☐ НЕ ЗНАЕТ . . 98	МЕСЯЦЫ . ☐☐ НЕ ЗНАЕТ . 98
421	Почему Вы прекратили кормить (ИМЯ РЕБЕНКА) грудью? Сіз (БАЛА ЕСІМІ) неліктен емізуді тоқтаттыңыз?	МАТЬ БОЛЬНА/ОСЛАБЛЕНА 01 РЕБЕНОК БОЛЕН/ОСЛАБЛЕН . . . 02 РЕБЕНОК УМЕР . . . . . . 03 ПРОБЛЕМЫ С СОСКАМИ 04 НЕДОСТАТОЧНО МОЛОКА 05 МАТЬ ДОЛЖНА РАБОТАТЬ 06 РЕБЕНОК ОТКАЗЫВАЛСЯ . 07 ПРИШЛО ВРЕМЯ ОТНЯТИЯ . . . . 08 МАТЬ ЗАБЕРЕМЕНЕЛА . . . . 09 НАЧАЛА ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОНТРА- ЦЕПТИВЫ . . . . 10 ДРУГОЕ ______ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	МАТЬ БОЛЬНА/ОСЛАБЛЕНА 01 РЕБЕНОК БОЛЕН/ОСЛАБЛЕН . 02 РЕБЕНОК УМЕР . . 03 ПРОБЛЕМЫ С СОСКАМИ 04 НЕДОСТАТОЧНО МОЛОКА . 05 МАТЬ ДОЛЖНА РАБОТАТЬ 06 РЕБЕНОК ОТКАЗЫВАЛСЯ . 07 ПРИШЛО ВРЕМЯ ОТНЯТИЯ . . . . . . 08 МАТЬ ЗАБЕРЕМЕНЕЛА . . . . 09 НАЧАЛА ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОНТРА- ЦЕПТИВЫ . . . . 10 ДРУГОЕ ______ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)

		ПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ______________	ПРЕДПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ______________
422	ПРОВЕРИТЬ 418 ЖИВ ЛИ РЕБЕНОК?	ЖИВ ☐ → (ПЕРЕЙТИ К 423) НЕ ЖИВ ☐ → (ВЕРНУТЬСЯ К 405 В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБЦЕ. ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕТ ДЕТЕЙ ПЕРЕЙТИ К 433)	ЖИВ ☐ → (ПЕРЕЙТИ К 425) НЕ ЖИВ ☐ → (ВЕРНУТЬСЯ К 405 В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБЦЕ. ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕТ ДЕТЕЙ ПЕРЕЙТИ К 433)
423	Сколько раз Вы кормили грудью вчера вечером и ночью в период времени между закатом и восходом солнца? Сіз балаға кеше кешке және түнгі уақытта: күн бату мен күн шығу аралығында неше рет емшек емізідіңіз? ЕСЛИ ЖЕНЩИНА НЕ МОЖЕТ УКАЗАТЬ КОНКРЕТНОЕ ЧИСЛО, ТО НУЖНО ПОПЫТАТЬСЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО.	КОЛИЧЕСТВО НОЧНЫХ КОРМЛЕНИЙ .... ☐☐	КОЛИЧЕСТВО НОЧНЫХ КОРМЛЕНИЙ .... ☐☐
424	Сколько раз Вы кормили грудью вчера в дневное время? Сіз кеше күндізгі мезгілде қанша рет емшек емізідіңіз? ЕСЛИ ЖЕНЩИНА НЕ МОЖЕТ УКАЗАТЬ КОНКРЕТНОЕ ЧИСЛО, ТО НУЖНО ПОПЫТАТЬСЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО.	КОЛИЧЕСТВО ДНЕВНЫХ КОРМЛЕНИЙ .... ☐☐	КОЛИЧЕСТВО ДНЕВНЫХ КОРМЛЕНИЙ .... ☐☐
425	Принимал ли (ИМЯ РЕБЕНКА) что-либо жидкое из бутылки с соской вчера в течение дня или вечером и ночью? (БАЛА ЕСІМІ) кеше күні бойы, немесе кешке және түнде емізікпен сұйық тамақ ішті ме?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЕТ 8	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЕТ 8

426 Вчера в течение дня (утром, днем, вечером и ночью) принимал ли (ИМЯ РЕБЕНКА) следующее:
Воду (кипяченую и некипяченую)?
Подслащенную воду?
Сок?
Чай?
Детское питание?
Молочные продукты (цельное, порошковое, топленое, сгущеное молоко)?
Кисломолочные продукты (кефир, простоквашу, айран, кумыс и др)?
Другие жидкости (супы, кока-колу и т.д.)?
Фрукты, овощи, овощные или фруктовые пюре?
Мучные или зерновые продукты, такие как хлеб, тесто, лапшу, рис, кукурузу и т.д.?
Картофель, морковь или другие клубне-корнеплоды?
Яйца, рыбу, курицу или другую птицу?
Мясные продукты (баранину, говядину, свинину, конину)?
Сладости (конфеты, шоколад, сладкое печенье и т.д.)?
Другие твердые или растолоченные продукты?

Кеше күні бойы (БАЛА ЕСІМІ) мыналарды ішті ме?
Су (қайнатылған, қайнатылмаған)?
Тәттіленген су
Шырын?
Шай?
Бала тағамы?
Сүт тағамдары (қаймағы алынбаған сүт, ұнтақ сүт, піскен сүт, қоюлтылған сүт).
Кілегей, қатық, айран, қымыз?
Өзге сұйық тағамдар (сорпа, кока-кола және т.б.)?
Жеміс-жидек, көкөніс және осылардан жасалған пюрелер?
Ұннан немесе жармалық дәннен жасалған өнімдер (нан, қамыр, кеспе, күріш, жүгері, т.б.)?
Картофель, сәбіз немесе басқа түйнекті өнімдер?
Жұмыртқа, балық, тауық немесе басқа құс еті?
Ет (қой, сиыр, жылқы, шошқаның еті)?
Өзге қатты немесе ұнтақталған өнімдер?
Тәттілер (кәмпит, шоколад, тәтті печенье және т.б.)?

	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЕТ		ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЕТ
ВОДУ	1	2	8	ВОДУ	1	2	8
ПОДСЛАЩЕННУЮ ВОДУ	1	2	8	ПОДСЛАЩЕННУЮ ВОДУ	1	2	8
СОК	1	2	8	СОК	1	2	8
ЧАЙ	1	2	8	ЧАЙ	1	2	8
ДЕТСКОЕ ПИТАНИЕ	1	2	8	ДЕТСКОЕ ПИТАНИЕ	1	2	8
МОЛОКО	1	2	8	МОЛОКО	1	2	8
КИСЛОМОЛОЧНЫЕ	1	2	8	КИСЛОМОЛОЧНЫЕ	1	2	8
ДРУГИЕ ЖИДКОСТИ	1	2	8	ДРУГИЕ ЖИДКОСТИ	1	2	8
ФРУКТЫ, ОВОЩИ	1	2	8	ФРУКТЫ, ОВОЩИ	1	2	8
МУЧНЫЕ И ЗЕРНОВЫЕ ПРОДУКТЫ	1	2	8	МУЧНЫЕ И ЗЕРНОВЫЕ ПРОДУКТЫ	1	2	8
КАРТОФЕЛЬ И ДРУГИЕ	1	2	8	КАРТОФЕЛЬ И ДРУГИЕ	1	2	8
ЯЙЦА, РЫБУ, ПТИЦУ	1	2	8	ЯЙЦА, РЫБУ, ПТИЦУ	1	2	8
МЯСО	1	2	8	МЯСО	1	2	8
СЛАДОСТИ	1	2	8	СЛАДОСТИ	1	2	8
ДР. ТВЕРДЫЕ ИЛИ РАСТОЛОЧЕННЫЕ ПРОДУКТЫ	1	2	8	ДР. ТВЕРДЫЕ ИЛИ РАСТОЛОЧЕННЫЕ ПРОДУКТЫ	1	2	8

427 ПРОВЕРИТЬ 426: ДАВАЛИСЬ ЛИ ВЧЕРА ТВЕРДЫЕ ИЛИ ЖИДКИЕ ПРОДУКТЫ?

ОТВЕТ "ДА" НА ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ПРОДУКТОВ ☐	ОТВЕТ "НЕТ" ИЛИ "НЕ ЗНАЕТ" НА ВСЕ ПРОДУКТЫ ☐ (ПЕРЕЙТИ К 439)
ОТВЕТ "ДА" НА ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ПРОДУКТОВ ☐	ОТВЕТ "НЕТ" ИЛИ "НЕ ЗНАЕТ" НА ВСЕ ПРОДУКТЫ ☐ (ПЕРЕЙТИ К 439)

430 (Помимо грудного молока), сколько раз вчера (ИМЯ РЕБЕНКА) принимал какую-либо пищу?
(Емшек сүтінен өзге) кеше (БАЛА ЕСІМІ) неше рет тамақ ішіп жеді?
ЕСЛИ 7 ИЛИ БОЛЕЕ РАЗ ЗАПИСАТЬ 7

КОЛИЧЕСТВО РАЗ	☐	КОЛИЧЕСТВО РАЗ ☐
НЕ ЗНАЕТ	8	НЕ ЗНАЕТ 8

		ПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________	ПРЕДПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________
431	*Укажите количество дней в течение последних семи дней (полной недели) когда* (ИМЯ РЕБЕНКА) принимал следующие продукты: Воду Молочные и кисломолочные продукты? Другие жидкости? Фрукты, овощи? Мучные или зерновые продукты? Картофель, морковь или другие клубне-корнеплоды? Яйца, рыбу, курицу или другую птицу? *Мясные продукты?* Другие твердые или растолоченные продукты? (БАЛА ЕСІМІ) мына тағамдарды өткен аптада неше күн ішіп-жеді: Су? Сүт және ашытылған сүт өнімдері? Өзге сұйық тағамдар? Жеміс-жидек, көкөністер? Ұннан немесе басқа жарма дәннен жасалған өнімдер? Картофель, сәбіз немесе өзге түйнекті өнімдер? Жұмыртқа, балық, тауық немесе басқа құс еті? Ет тағамдары? Өзге қатты немесе уатқталған өнімдер?	ЗАПИСАТЬ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ВОДУ . . . . ☐ МОЛОЧНЫЕ . . . . ☐ ДРУГИЕ ЖИДКОСТИ . . . . . . ☐ ФРУКТЫ/ОВОЩИ . . . . ☐ МУЧНЫЕ И ЗЕРНОВЫЕ . . . . . ☐ КАРТОФЕЛЬ И ДР. . . . . ☐ ЯЙЦА,РЫБУ, ПТИЦУ . . . . ☐ МЯСО . . . . ☐ ДР. ТВЕРДЫЕ ИЛИ . . . . ☐ РАСТОЛОЧЕННЫЕ ПРОДУКТЫ	ЗАПИСАТЬ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ВОДУ. . . . . ☐ МОЛОЧНЫЕ . . . . . ☐ ДРУГИЕ ЖИДКОСТИ . . . ☐ ФРУКТЫ/ОВОЩИ . . . . ☐ МУЧНЫЕ И ЗЕРНОВЫЕ . . . ☐ КАРТОФЕЛЬ И ДР. . . . ☐ ЯЙЦА,РЫБУ, ПТИЦУ. . . . ☐ МЯСО. . . . . . . ☐ ДР ТВЕРДЫЕ ИЛИ . . . ☐ РАСТОЛОЧЕННЫЕ ПРОДУКТЫ
432		*ВЕРНУТЬСЯ К ВОПРОСУ 405* В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБЦЕ; ИЛИ, ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕТ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К 433.	*ВЕРНУТЬСЯ К ВОПРОСУ 405* В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБЦЕ; ИЛИ, ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕТ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К 433.

433	ПРОВЕРИТЬ 403 И 404 И 418: ВНЕСТИ НОМЕР ЛИНИИ ДЛЯ КАЖДОГО РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ЖИВЫМ И УКАЗАТЬ ЕГО СТАТУС (ЖИВ/НЕ ЖИВ). ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ О КАЖДОМ ИЗ НИХ, НАЧИНАЯ С РОДИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДНИМ. (ЕСЛИ БОЛЕЕ ДВУХ ДЕТЕЙ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ)		
434	НОМЕР ЛИНИИ ИЗ 403	ПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК НОМЕР ЛИНИИ	ПРЕДПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК НОМЕР ЛИНИИ . . . .
435	ПЕРЕПИСАТЬ ИМЯ ИЗ 404 УКАЗАТЬ СТАТУС ИЗ 418	ИМЯ ____________ ЖИВ ☐ НЕ ЖИВ ☐ (ПЕРЕЙТИ К 435 ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО СТОЛБИКА. ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕТ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К 458)	ИМЯ ____________ ЖИВ ☐ НЕ ЖИВ ☐ (ПЕРЕЙТИ К 435 ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО СТОЛБИКА. ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕТ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К 458)
436	Имеется ли у Вас карточка, где указано какие прививки и когда делались (ИМЯ РЕБЕНКА)? Сізде, (БАЛА ЕСІМІ) қандай егу және оның қай кезде жасалғаны көрсетілген көрсетілген кітапша бар ма? Егер бар болса Сіз оны маған көрсете аласыз ба? ЕСЛИ ДА: Можете ли Вы ее мне показать?	ДА, ПОКАЗЫВАЕТ КАРТОЧКУ 1 (ПЕРЕЙТИ К 438) ДА, НО КАРТОЧКУ НЕ ПОКАЗЫВАЕТ 2 (ПЕРЕЙТИ К 440) НЕТ КАРТОЧКИ 3	ДА, ПОКАЗЫВАЕТ КАРТОЧКУ 1 (ПЕРЕЙТИ К 438) ДА, НО КАРТОЧКУ НЕ ПОКАЗЫВАЕТ 2 (ПЕРЕЙТИ К 440) НЕТ КАРТОЧКИ 3
437	Была ли у Вас когда-либо карточка прививок для (ИМЯ РЕБЕНКА)? Сізде (БАЛА ЕСІМІ) бұрын-соңды егу кітапшасы болда ма?	ДА 1 (ПЕРЕЙТИ 440) НЕТ 2	ДА . . . . 1 (ПЕРЕЙТИ 440) НЕТ 2

			ПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________			ПРЕДПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________		
438	(1) ПЕРЕПИСАТЬ ДАТЫ ПРИВИВОК ДЛЯ КАЖДОЙ ВАКЦИНЫ ИЗ ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ КАРТОЧКИ. (2) ЗАПИСАТЬ "44" В СТОЛБЦЕ, УКАЗЫВАЮЩЕМ НА ДЕНЬ ПРИВИВОК В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПРИВИВКА БЫЛА СДЕЛАНА, НО ДАТА НЕ УКАЗАНА.		ДЕНЬ	МЕСЯЦ	ГОД	ДЕНЬ	МЕСЯЦ	ГОД
	БЦЖ (ПРИВИВКА ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА)	БЦЖ . . .						
	РЕАКЦИЯ МАНТУ (1 - 2000)	МАНТУ . .						
	ПРИВИВКА ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА:							
	ПОЛИО 0 (В РОДДОМЕ)	П0						
	ПОЛИО 1	П1						
	ПОЛИО 2	П2						
	ПОЛИО 3	П3						
	ПОЛИО 4	П4						
	ПОЛИО 5	П5						
	ПРИВИВКА ПРОТИВ ДИФТЕРИИ, КОКЛЮША, СТОЛБНЯКА (АКДС); ПРОТИВ ДИФТЕРИИ И СТОЛБНЯКА (АДС)							
	АКДС/АДС 1	А1						
	АКДС/АДС 2	А2						
	АКДС/АДС 3	А3						
	АКДС/АДС 4	А4						
	ПРИВИВКА ПРОТИВ КОРИ	КОРЬ . . .						
439	Получал(а) ли (ИМЯ РЕБЕНКА) какие-либо прививки, которые не отмечены в карточке? (БАЛА ЕСІМІ) кітапшада көрсетілмеген басқа егу түрлері жасалды ма? ЗАПИСАТЬ "ДА" ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ УПОМИНАЮТСЯ ТАКИЕ ВАКЦИНЫ, КАК БЦЖ, ПОЛИО, АКДС, АДСМ И/ИЛИ ПРОТИВОКОРЕВАЯ ВАКЦИНА.		ДА . . . . 1 (ВЕРНУТЬСЯ К ПУНКТУ 438 И ЗАПИСАТЬ "66" В ГРАФЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ДНЮ) НЕТ . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ . . . . 8 (ПЕРЕЙТИ К 442)			ДА . . . . 1 (ВЕРНУТЬСЯ К ПУНКТУ 438 И ЗАПИСАТЬ "66" В ГРАФЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ДНЮ) НЕТ . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ . . . . 8 (ПЕРЕЙТИ К 442)		

440	Получал(а) ли (ИМЯ РЕБЕНКА) какие-либо прививки для того, чтобы защитить от заболевания? Аурудан сақтандыру үшін, (БАЛА ЕСІМІ) басқа егу түрлері жасалды ма?	ДА 1 НЕТ 2 (ПЕРЕЙТИ К 442) НЕ ЗНАЕТ 8	ДА 1 НЕТ 2 (ПЕРЕЙТИ К 442) НЕ ЗНАЕТ 8
441	Скажите мне, пожалуйста, получал(а) ли (ИМЯ РЕБЕНКА) какие-либо из следующих прививок: Мына егу түрлерінің қайсысын (БАЛА ЕСІМІ) алғанын, Сіз маған айтасыз ба екенсіз?		
441A	Прививку БЦЖ против туберкулеза - это укол в плечо, который затем оставляет небольшой рубец. БЦЖ- Туберкулезге қарсы егу – бұл кейіннен кіткене орын қалдыратын, иыққа жасалынатын егу.	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8
441B	Полиомиелитную вакцину это капли в рот. Полиомиелит егуі бұл ауызға тамызылатын тамшы	ДА 1 НЕТ 2 (ПЕРЕЙТИ К 441Е) НЕ ЗНАЕТ 8	ДА 1 НЕТ 2 (ПЕРЕЙТИ К 441Е) НЕ ЗНАЕТ 8
441C	Сколько раз? Канша рет?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ ☐	КОЛИЧЕСТВО РАЗ ☐
441D	Когда впервые была дана полиомиелитная вакцина: сразу же после рождения, или позже? Полиомиелит вакцинасы бірінші рет қашан берілді туыла салысымен бе, әлде кейінірек?	СРАЗУ ЖЕ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ 1 ПОЗЖЕ 2	СРАЗУ ЖЕ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ 1 ПОЗЖЕ 2
441E	Прививку АКДС или АДС(М), которая дается в то же время, когда дают полиомиелитные капли? Полиомиелит тамшысымен бір мезгілде берілетін АКДС/АДС(М) егуі ше?	ДА 1 НЕТ 2 (ПЕРЕЙТИ К 441 G) НЕ ЗНАЕТ 8	ДА 1 НЕТ 2 (ПЕРЕЙТИ К 441 G) НЕ ЗНАЕТ 8
441F	Сколько раз? Канша рет?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ ☐	КОЛИЧЕСТВО РАЗ ☐
441G	Прививку против кори? Қызылшаға қарсы егу ше?	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8	ДА 1 НЕТ 2 НЕ ЗНАЕТ 8

		ПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ПРЕДПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ____________
442	Была ли повышенная температура тела у (ИМЯ РЕБЕНКА) в течение последних двух недель? Соңғы екі апта ішінде (БАЛА ЕСІМІ) дене қызуы көтерілген жоқ па?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЕТ 8	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЕТ 8
443	Был ли у (ИМЯ РЕБЕНКА) кашель в течение последних двух недель? Соңғы екі апта ішінде (БАЛА ЕСІМІ) жөтелген жоқ па?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К 447) ← НЕ ЗНАЕТ 8	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К 447) ← НЕ ЗНАЕТ 8
444	В то время, когда у (ИМЯ РЕБЕНКА) был кашель, отмечали ли Вы, что у него было укороченное и частое дыхание? (БАЛА ЕСІМІ) жөтелген кезде, Сіз, оның тыныс алуы қысқа әрі жиі болғанын байқадыңыз ба?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЕТ 8	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЕТ 8
445	Обращались ли Вы за консультацией или лечением по поводу кашля? Бала жөтелі жайында сіз, қайсыбіреулермен кеңестіңіз бе, немесе дәрігерге әлде басқа медицина қызметкеріне қаралдыңыз ба?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К 447) ←	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К 447) ←
446	Куда Вы обращались за консультацией и(или) лечением? Куда-либо еще? Сіз балаға кеңесті, немесе емді қайдан алдыңыз? Әлде басқа жерден бе? ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА .... A ПОЛИКЛИНИКА .... B АМБУЛАТОРИЙ .... C ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... D САНИТАРНЫЙ ВРАЧ .... E ДРУГОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ F (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА .... G ЧАСТНАЯ АПТЕКА .... H ЧАСТНЫЙ ВРАЧ .... I ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... J ОБЩЕСТВЕННЫЙ РАБОТНИК .... K ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ L (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МАГАЗИН .... M ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК .... N ДРУГОЕ ________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА .... A ПОЛИКЛИНИКА .... B АМБУЛАТОРИЙ .... C ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... D САНИТАРНЫЙ ВРАЧ .... E ДРУГОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ F (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА .... G ЧАСТНАЯ АПТЕКА .... H ЧАСТНЫЙ ВРАЧ .... I ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... J ОБЩЕСТВЕННЫЙ РАБОТНИК .... K ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ L (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МАГАЗИН .... M ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК .... N ДРУГОЕ ________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)

447	Был ли у (ИМЯ РЕБЕНКА) понос за последние две недели? Соңғы екі апта ішінде (БАЛА ЕСІМІ) іші өткен жоқ па?	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 457) ← НЕ ЗНАЕТ. 8	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 457) ← НЕ ЗНАЕТ. 8
448	Был ли понос с кровью? Іші қан араласып өткен жоқ па?	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ. 8	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ. 8
449	Сколько раз в день был понос (ИМЯ РЕБЕНКА) тогда, когда он/она был(а) сильно болен(льна) (БАЛА ЕСІМІ) қатты науқастанған кезде, іші күніне неше рет өтті?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ . . . . ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 98	КОЛИЧЕСТВО РАЗ . . . . ☐☐ НЕ ЗНАЕТ 98
450	Давали ли Вы ему (ей) такое же же количество питья как до того, как начался понос, или больше, или меньше? Сіз балаға іші өтіп жатқан кезде, сұйықты бұрынғыдай мөлшерде ішкіздіңіз бе, немесе көптеу әлде аз?	ТО ЖЕ КОЛИЧЕСТВО . . . . . 1 БОЛЬШЕ . . . . . 2 МЕНЬШЕ . . . . . 3 НЕ ЗНАЕТ. 8	ТО ЖЕ КОЛИЧЕСТВО . . . . . 1 БОЛЬШЕ . . . . . 2 МЕНЬШЕ . . . . . 3 НЕ ЗНАЕТ. 8
451	Давали ли Вы ему (ей) такое же же количество еды как до того, как начался понос, или больше, или меньше? Сіз балаға іші өтіп жатқан кезде, тамақты бұрынғыдай мөлшерде бердіңіз бе, немесе көптеу әлде аз?	ТО ЖЕ КОЛИЧЕСТВО . . . . . 1 БОЛЬШЕ . . . . . 2 МЕНЬШЕ . . . . . 3 НЕ ЗНАЕТ. 8	ТО ЖЕ КОЛИЧЕСТВО . . . . . 1 БОЛЬШЕ . . . . . 2 МЕНЬШЕ . . . . . 3 НЕ ЗНАЕТ. 8
452	Давали ли Вы (ИМЯ РЕБЕНКА) регидрон - специальную жидкость, приготовленную из порошка в пакетике? Сіз (БАЛА ЕСІМІ) регидрон қалтадағы ұнтақтан жасалынатын, арнайы сұйықты бердіңіз бе?	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ. 8	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ. 8
453	Давали ли Вы что-либо еще для того, чтобы лечить от поноса? Сіз балаға іші өткенді емдеу үшін, тағы басқалай емдік заттар бердіңіз бе?	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 455) ← НЕ ЗНАЕТ. 8	ДА . . . . . 1 НЕТ . . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 455) ← НЕ ЗНАЕТ. 8
454	Что именно Вы давали ребенку для того, чтобы лечить от поноса? Что нибудь еще? Іші өткенді емдеу үшін, не бергеніңізді атап айтыңызшы? Тағы нелер? ЗАПИСАТЬ ВСЕ, ЧТО НАЗОВЕТ.	РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ЖИДКОСТИ, ПРИГОТОВЛЕННЫЕ ДОМА . . . . . A ТАБЛЕТКИ ИЛИ СИРОП . . . . . B УКОЛЫ . . . . . C ВНУТРИВЕННОЕ . . . . . D ТРАВЫ ИЛИ ДРУГИЕ ДОМАШНИЕ СРЕДСТВА . . . . . E ДРУГОЕ ______ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ЖИДКОСТИ, ПРИГОТОВЛЕННЫЕ ДОМА . . . . . A ТАБЛЕТКИ ИЛИ СИРОП . . . . . B УКОЛЫ . . . . . C ВНУТРИВЕННОЕ . . . . . D ТРАВЫ ИЛИ ДРУГИЕ ДОМАШНИЕ СРЕДСТВА . . . . . E ДРУГОЕ ______ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)

		ПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________	ПРЕДПОСЛЕДНИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________
455	Обращались ли Вы Вы за консультацией или лечением по поводу поноса? Сiз баланы iшi өтуден емдеу жайында кеңес алдыңыз ба?	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 457) ← НЕ ЗНАЕТ 8	ДА . . . . 1 НЕТ . . . . 2 (ПЕРЕЙТИ К 457) ← НЕ ЗНАЕТ 8
456	Куда именно Вы обращались за консультацией и лечением? Где-либо еще? Сiздiң қай жерден кеңес алғыңыз немесе баланы емдегiзiз келедi? ЗАПИСАТЬ ВСЕ, ЧТО БЫЛО НАЗВАНО.	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА . . . . A ПОЛИКЛИНИКА . . . . B АМБУЛАТОРИЯ . . . . C ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . . . D САНИТАРНЫЙ ВРАЧ . . . . E ДРУГОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ F (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА . . . . G ЧАСТНАЯ АПТЕКА . . . . H ЧАСТНЫЙ ВРАЧ . . . . I ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . . J ОБЩЕСТВЕННЫЙ РАБОТНИК . . K ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ L (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МАГАЗИН . . . . M ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК . . . . N ДРУГОЕ ________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА . . . . A ПОЛИКЛИНИКА . . . . B АМБУЛАТОРИЯ . . . . C ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . . . D САНИТАРНЫЙ ВРАЧ . . . . E ДРУГОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ F (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ КЛИНИКА . . . . G ЧАСТНАЯ АПТЕКА . . . . H ЧАСТНЫЙ ВРАЧ . . . . I ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . . J ОБЩЕСТВЕННЫЙ РАБОТНИК . . K ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ________ L (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МАГАЗИН . . . . M ЧАСТНОЕ ЛИЦО (НЕ МЕДИК . . . . N ДРУГОЕ ________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)
457		ВЕРНУТЬСЯ К ПУНКТУ 435 В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБИКЕ. ИЛИ ЕСЛИ НЕТ БОЛЬШЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К ВОПРОСУ 458	ВЕРНУТЬСЯ К ПУНКТУ 435 В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБИКЕ. ИЛИ ЕСЛИ НЕТ БОЛЬШЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЙТИ К ВОПРОСУ 458

No	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
458	В то время, когда у ребенка понос, нужно ли давать ему жидкости меньше чем обычно, такое же количество, или больше чем обычно? Сіз қалай ойлайсыз, іш өтіп жатқанда балаңызға сұйықты күнделіктіден аз беру керек пе, немесе күнделіктіден көп беру керек пе?	МЕНЬШЕ ПИТЬЯ . . . 1 ТО ЖЕ КОЛИЧЕСТВО ПИТЬЯ . 2 БОЛЬШЕ ПИТЬЯ . . . 3 НЕ ЗНАЕТ . 8	
459	В то время, когда у ребенка понос, нужно ли давать ему пищи меньше чем обычно, такое же количество, или больше чем обычно? Сіз қалай ойлайсыз, іш өтіп жатқанда балаңызға тамақты күнделіктіден аз беру керек пе? немесе күнделіктіден көп беру керек пе?	МЕНЬШЕ ЕДЫ . . . . . . 1 ТО ЖЕ КОЛИЧЕСТВО ЕДЫ . 2 БОЛЬШЕ ЕДЫ . 3 НЕ ЗНАЕТ 8	
460	Когда у ребенка понос, каковы признаки заболевания, которые заставляют Вас обратиться в лечебное учреждение, или обратиться к помощи медицинского работника? Сіздің пікіріңіз бойынша, балаңыздың іші өте бастағанда, аурудың қандай белгілері Сізді емдеу мекемесінен немесе медицина қызметкерінен көмек сұрауға мәжбүр етеді? ЗАПИСАТЬ ТО, НА ЧТО УКАЗЫВАЕТСЯ В ОТВЕТЕ.	МНОГОКРАТНЫЙ ВОДЯНИСТЫЙ СТУЛ A ЛЮБОЙ ВОДЯНИСТЫЙ СТУЛ . . . B ПОВТОРНАЯ РВОТА . C ЛЮБАЯ РВОТА . . . D КРОВЬ С ПОНОСОМ . . . . . . E ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ . . F СИЛЬНАЯ ЖАЖДА . . . . . G ОТКАЗ ОТ ЕДЫ И ПИТЬЯ . . . . . H УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ . . . . . I ОТСУТСТВИЕ УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ . J ДРУГОЕ ________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ . . . . . Z	
461	Когда у ребенка кашель, каковы признаки заболевания, которые заставляют Вас обратиться в лечебное учреждение, или обратиться к помощи медицинского работника? Сіздің пікіріңіз бойынша, балаңыз жөтеле бастағанда, аурудың қандай белгілері Сізді емдеу мекемесінен немесе медицина қызметкерінен көмек сұрауға мәжбүр етеді? ЗАПИСАТЬ ТО, НА ЧТО УКАЗЫВАЕТСЯ В ОТВЕТЕ.	ЧАСТОЕ ДЫХАНИЕ . . . A ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ . B ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ . . . C ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ . . D НЕСПОСОБНОСТЬ ПРИНИМАТЬ ЖИДКОСТИ E ОТКАЗ ОТ ЕДЫ И ПИТЬЯ . . F УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ . . . G ОТСУТСТВИЕ УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ H ДРУГОЕ ________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ . . . . . . Z	
462	ПРОВЕРИТЬ 452, ВСЕ СТОЛБИКИ: НИ ОДИН ИЗ ДЕТЕЙ НЕ ПОЛУЧАЛ СРЕДСТВ ОРАЛЬНО-СОЛЕВОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ИЛИ ВОПРОС НЕ ЗАДАВАЛСЯ ☐ ↓ КТО-ТО ИЗ ДЕТЕЙ ПОЛУЧАЛ СРЕДСТВА ОРАЛЬНО-СОЛЕВОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ☐ →		501
463	Слышали ли Вы когда-либо о регидроне - специальном средстве для лечения поносов, которое готовится из пакета с порошком? Сіз қалталағы ұнтақтан жасалынатын, арнайы емдеу құралы бар екенін бұрын соны естіп пе едіңіз?	ДА . . . 1 НЕТ 2	

247

Раздел 5. КОНТРАЦЕПЦИЯ

Давайте поговорим о контрацепции - о различных способах и методах, при помощи которых можно предохраниться от беременности.

Сізбен контрацепция туралы сөйлесейік, бұл - жүкті болудан сақтанудың әдістері мен шаралары.

СПРОСИТЬ. 501. ЕСЛИ ЖЕНЩИНА САМА НАЗЫВАЕТ ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ., НЕОБХОДИМО ОБВЕСТИ КРУЖКОМ ЦИФРУ 1 РЯДОМ С МЕТОДОМ, КОТОРЫЙ БЫЛ УПОМЯНУТ СПОНТАННО..

ЗАТЕМ НЕОБХОДИМО ПРОЙТИ ПО СТОЛБИКУ 502, ПРОЧИТАВ ЖЕНЩИНЕ НАЗВАНИЯ И ОПИСАНИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ, КОТОРЫЕ ЖЕНЩИНА САМА НЕ НАЗВАЛА.
ПРИ ЭТОМ, ЕСЛИ ЖЕНЩИНА УКАЗЫВАЕТ НА ТО, ЧТО ОНА ЗНАЕТ ОБ ОДНОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАМИ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ, НЕОБХОДИМО ОБВЕСТИ КРУЖКОМ ЦИФРУ 2.
ТАМ, ГДЕ ЖЕНЩИНА СЧИТАЕТ, ЧТО ОНА НЕ СЛЫШАЛА О НАЗВАННОМ ВАМИ МЕТОДЕ КОНТРАЦЕПЦИИ - ОБВЕСТИ КРУЖКОМ ЦИФРУ 3.

ЗАТЕМ ЗАДАТЬ ВОПРОС 503 ДЛЯ КАЖДОГО ИЗ МЕТОДОВ С ОБВЕДЕННЫМИ ЦИФРАМИ 1 И 2 (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ НА В. 501 И 502).

501 О каком из методов Вы слышали? Сіз қандай әдіс туралы естідіңіз?	ЖЕНЩИНА САМА НАЗЫВАЕТ МЕТОД СПОНТАННО ДА	502 Слышали ли Вы когда-либо о (метод)? Сіз (әдіс) туралы естідіңіз бе? В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ МЕТОДОВ ДА	НЕТ	503 Использовали ли Вы (метод) ? Сіз (әдісті) қолдандыңыз ба ?
01 ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ ТАБЛЕТКИ. Женщина принимает таблетки ежедневно. Ұрықтануға қарсы таблеткалар Әйел таблетканы күнде қабылдайды	1	2	3 ↓	ДА .... 1 НЕТ 2
02 ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА: спираль или петля, установленная врачом. Жатыр ішіндегі құралдар *Дәрігер орнатқан серіппе немесе ілмек*	1	2	3 ↓	ДА .... 1 НЕТ 2
03 ИНЪЕКЦИИ. Женщина получает уколы для предотвращения беременности на несколько месяцев. Екпе Әйел бірнеше ай жүкті болмау үшін екпе қабылдайды.	1	2	3 ↓	ДА .... 1 НЕТ 2
05 ДИАФРАГМА, ГУБКА, СВЕЧА. Женщина вставляет диафрагму, губку, свечу во влагалище перед половым актом. Диафрагма, сорғыш, балауыз Әйел жыныстық қатынас алдында диафрагманы, сорғышты, балауызды қынапқа орналастырады.	1	2	3 ↓	ДА .... 1 НЕТ 2

06	ПРЕЗЕРВАТИВ. Мужчина надевает презерватив перед половым актом. Презерватив Еркек жыныстық қатынас алдында презерватив киеді.	1 2 3→	ДА ....1 НЕТ 2
07	СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИНЫ. Женщине проводят операцию для предотвращения беременности. Әйелді ұрықсыздандыру Жүкті болмау үшін әйелге ұрықсыздандыру операциясы жасалынады.	1 2 3→	Делали ли Вам операцию для того, чтобы больше не рожать детей? Сізге бала тумау үшін операция жасалынды ма? ДА ....1 НЕТ 2
09	КАЛЕНДАРНЫЙ МЕТОД. Женщина избегает половых контактов в те дни месяца, когда наиболее высока вероятность забеременеть. Күнтізбелік әдіс Әйел жүкті болу ықтималдылығы басым күндері жыныстық қатынастан сақтанады	1 2 3→	ДА ....1 НЕТ 2
10	ПРЕРВАННЫЙ АКТ. Мужчина может быть осторожен - прекращает акт перед семяизвержением. Үзілген жыныстық қатынас Еркек сақ болып, шәуетін жіберу алдында жыныстық қатынасты тоқтатады.	1 2 3→	ДА ....1 НЕТ 2
11	Слышали ли Вы о других способах, при помощи которых можно избежать беременности Сіз аталған әдістерден басқа, жүкті болудан сақтандыратын амалдарды естідіңіз бе?	1 3 ______________ (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ______________ (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ДА ....1 НЕТ ....2 ДА ....1 НЕТ 2

504. ПРОВЕРИТЬ 503

НЕТ НИ ОДНОГО ОТВЕТА "ДА" (НИКОГДА НЕ ИСПОЛЬЗОВАЛА МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ) ☐ ↓

ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ ОДИН ОТВЕТ "ДА" (ИСПОЛЬЗОВАЛА МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ) ☐ → ПЕРЕЙТИ К 509

No.	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
505	Пытались ли Вы каким-либо путем предохраняться от беременности? Сіз қандай да бір әдістермен жүктіліктен сақтануға тырыстыңыз ба?	ДА . . . . 1 НЕТ 2	 → 531
507	Что Вы предпринимали для этого? Сіз ол үшін не қолдандыңыз? ИСПРАВИТЬ 503 И 504 (А ТАКЖЕ 502, ЕСЛИ НЕОБХОДИМО)		
509	Сейчас разрешите мне задать Вам вопрос о том, когда Вы впервые решили использовать какой-либо метод для предохранения от беременности. Сколько живых детей было у Вас в то время? Сіз жүкті болудан сақтанудың қайсыбір түрін қолдану туралы алғаш рет қашан шешім қабылдадыңыз? Сізде сол кезде қанша (тірі) бала болды? ЕСЛИ НЕ БЫЛО ДЕТЕЙ - ЗАПИСАТЬ "00"	КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ . . . . [ ][ ]	
510	Тогда, когда Вы впервые стали применять методы контрацепции, было ли у Вас желание позже иметь детей, или Вы решили вообще больше не иметь детей? Сіз алғашқы рет контрацепция әдістерін қолдана бастаған кезде, кейін балалы болуды қаладыңыз ба, әлде балалы болмауға шешім қабылдадыңыз ба?	*ХОТЕЛА ИМЕТЬ ДЕТЕЙ ПОЗЖЕ* . . . . 1 НЕ ХОТЕЛА ИМЕТЬ ДЕТЕЙ . . . . 2 ДРУГОЕ ________________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
511	ПРОВЕРИТЬ 503 ЖЕНЩИНЕ НЕ ПРОВОДИЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЮ [ ] ↓ ЖЕНЩИНЕ ПРОВОДИЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЮ [ ] →		→ 514А
512	ПРОВЕРИТЬ 227 НЕ БЕРЕМЕННА ИЛИ НЕ УВЕРЕНА [ ] ↓ БЕРЕМЕННА [ ] →		→ 532
513	Делаете ли Вы что-либо сейчас или используете какие-либо методы предохранения от беременности? Қазір, Сіз, жүкті болудан сақтану үшін қандай әрекет жасап жүрсіз?	ДА . . . . 1 НЕТ 2	 → 531

№	Вопрос	Коды	Переход
514	Какой метод Вы используете? Сіз қай әдісті қолданасыз?	ТАБЛЕТКИ .... 01 ВНУТРИМАТОЧН. СР-ВА .... 02 ИНЪЕКЦИИ .... 03 ДИАФРАГМЫ/ГУБКИ/СВЕЧИ .... 05 ПРЕЗЕРВАТИВЫ 06	02–06 → 526
		СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИНЫ 07	→ 518
		КАЛЕНДАРНЫЙ МЕТОД 09	→ 523
514A	ОБВЕСТИ КРУЖКОМ "07" ЕСЛИ ЖЕНЩИНА ПОДВЕРГАЛАСЬ СТЕРИЛИЗАЦИИ	ПРЕРВАННЫЙ АКТ .... 10 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	10, 96 → 526
515	Не могли бы Вы показать мне упаковку противозачаточных таблеток, которые Вы принимаете? Сіз, өзіңіз қолданатын, ұрықтануға қарсы таблетка қорабын көрсете аласыз ба? ЗАПИСАТЬ НАЗВАНИЕ ТАБЛЕТОК, ЕСЛИ ЖЕНЩИНА ПОКАЗАЛА ИХ ВАМ	УПАКОВКУ ПОКАЗЫВАЕТ .... 1 НАЗВАНИЕ ________ [ ][ ]	→ 517
		УПАКОВКУ НЕ ПОКАЗЫВАЕТ 2	
516	Знаете ли Вы название противозачаточных таблеток, которые Вы принимаете? Сіз ұрықтануға қарсы арналған, өзіңіз қолданатын таблеткалар атауын білесіз бе? ЗАПИСАТЬ НАЗВАНИЕ ТАБЛЕТОК	НАЗВАНИЕ ________ [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	
517	Сколько стоит одна упаковка Ваших противозачаточных таблеток? Сіз қолданатын ұрықтануға қарсы арналған таблетканың бір қорабының бағасы қанша?	СТОИМОСТЬ [ ][ ][ ][ ] БЕСПЛАТНО .... 9996 НЕ ЗНАЕТ 9998	→ 526
518	Где Вам проводили операцию по стерилизации? Сізге ұрықсыздандыру операциясы қай жерде жасалды? ЕСЛИ МЕСТОМ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНИЦА ИЛИ ПОЛИКЛИНИКА, УКАЗАТЬ НАЗВАНИЕ И ОКРУГЛИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ЦИФРУ. ________________________ НАЗВАНИЕ КЛИНИКИ	ГОСУДАРСТВЕНЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА .... 11 ПОЛИКЛИНИКА .... 12 ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ .... 13 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... 14 ДРУГОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕД. УЧРЕЖДЕНИЕ ________ 15 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ СЕКТОР МЕДИЦИНЫ ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА, КЛИНИКА .... 21 ЧАСТНЫЙ ВРАЧ .... 23 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... 24 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИЛИ ЛИЦО ________ 25 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 98	

Nº	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
519	Сожалеете ли Вы о том, что Вы согласились на проведение операции по стерилизации? Сіз урықсыздандыру операциясын жасатуға келісім бергеніңізге өкінбейсіз бе?	ДА ....1 НЕТ 2	→521
520	Почему Вы сожалеете об этом? Сіз оған неге өкінесіз?	ХОЧЕТ ИМЕТЬ БОЛЬШЕ ДЕТЕЙ .... 01 МУЖ/ПАРТНЕР ХОЧЕТ ИМЕТЬ БОЛЬШЕ ДЕТЕЙ 02 ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ .... 03 РЕБЕНОК УМЕР .... 04 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
521	В каком месяце и году была проведена стерилизация? Қай айда және қай жылы урықсыздандыру операциясы жасалды?	МЕСЯЦ .... [ ][ ] ГОД .... [ ][ ]	→527
523	Каким образом Вы определяете дни месячного цикла, когда Вы не должны иметь *половых контактов чтобы не забеременеть?* Сіз жүкті болудан сақтану үшін, етек кір айналымыңыздағы жыныстық қатынасқа түсуге болмайтын күндерді қалайша анықтайсыз?	ПО КАЛЕНДАРЮ .... 01 ПО ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА .... 02 ПО ХАРАКТЕРУ СЛИЗИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ВЛАГАЛИЩА .... 03 ПО РЕКТАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ .... 04 НЕТ СПЕЦИАЛЬНОГО МЕТОДА .... 05 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
526	В течение скольких месяцев Вы беспрерывно используете (МЕТОД)? Сіз аталған әдісті үздіксіз қанша уақыт қолданып келесіз? ЕСЛИ МЕНЬШЕ МЕСЯЦА - ЗАПИСАТЬ "00"	МЕСЯЦЕВ .... [ ][ ] 8 ЛЕТ И БОЛЕЕ 96	

527	ПРОВЕРИТЬ 514: ОБВЕСТИ КРУЖКОМ КОД МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	ТАБЛЕТКИ . . . 01 ВНУТРИМАТОЧН. СР-ВА . . . 02 ИНЪЕКЦИИ . . . 03 ДИАФРАГМЫ/ГУБКИ/СВЕЧИ . . . 05 ПРЕЗЕРВАТИВЫ . . . 06 СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИНЫ . . . 07 КАЛЕНДАРНЫЙ МЕТОД . . . 09 ПРЕРВАННЫЙ АКТ . . . 10 ДРУГОЕ ______ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	07 → 529A 09, 10, 96 → 532
528	Укажите, пожалуйста, место, где Вы приобрели (метод) в последний раз? Сіз аталған әдіс құралын соңғы рет қай жерден алғаныңызды атаңызшы? ЕСЛИ ИСТОЧНИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНИЦА, ПОЛИКЛИНИКА ИЛИ ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ, ЗАПИСАТЬ НАЗВАНИЕ И РАСПОЛОЖЕНИЕ. ТАКЖЕ НЕОБХОДИМО ОБВЕСТИ КРУЖКОМ ТИП УЧРЕЖДЕНИЯ ИЛИ ЛИЦО, КОТОРОЕ ПРЕДОСТАВИЛО (МЕТОД). ______ (НАЗВАНИЕ МЕСТА)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА . . . 11 ПОЛИКЛИНИКА . . . 12 ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ . . . 13 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . 14 МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК . . . 15 ДРУГОЕ ГОС МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ/ЛИЦО ______ 16 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ СЕКТОР МЕДИЦИНЫ ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА, КЛИНИКА . . . 21 ЧАСТНАЯ АПТЕКА . . . 22 ЧАСТНЫЙ ВРАЧ . . . 23 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА . . . 24 ЧАСТНЫЙ МЕДРАБОТНИК . . . 25 ДР. ЧАСТНОЕ МЕД. УЧРЕЖД/ЛИЦО ______ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЙ ИСТОЧНИК МАГАЗИН. . . . 31 РЕЛИГИОЗНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ . . . 32 ДРУЗЬЯ, РОДСТВЕННИКИ, ЗНАКОМЫЕ . . . 33 ДРУГОЕ ______ 36 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
529 529A	Знаете ли Вы какое-либо другое место, где Вы могли бы приобрести (метод)? Сіз тағы басқа, контрацепция құралдарын алуға болатын жерді білесіз бе? В то время, когда Вам была сделана операция по стерилизации, знали ли Вы о другом месте, где подобная операция могла бы быть осуществлена? Сіз өзіңізге ұрықсыздандыру операциясын жасаған жерден басқа, осындай операцияны жасай алатын, қайсыбір өзге жерді білесіз бе?	ДА . . . 1 НЕТ . . . 2	2 → 534

Nо	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
530	Люди как правило имеют возможность выбирать место, где им предоставляются методы контрацепции. Что оказалось основной причиной того, что Вы выбрали (МЕСТО УКАЗАННОЕ В ВОПРОСАХ 528 ИЛИ 518), а не другое место, которое Вам известно? Адамдардың контрацепциялық құралдарды алатын орынды таңдау мүмкіндігі бар. *Ал сіздің аталған орынды (528 немесе 518 сұрақта көрсетілген) таңдауыңыздың басты себебі неде?* ЗАПИСАТЬ ОТВЕТ И ОБВЕСТИ КРУЖКОМ КОД ПРИЧИНЫ ____	ПРИЧИНЫ СВЯЗАННЫЕ С ДОСТУПНОСТЬЮ БЛИЖЕ К ДОМУ . . . . 11 БЛИЖЕ К РАБОТЕ . . . . 12 ТРАНСПОРТНЫЕ УДОБСТВА . . . . 13 ПРИЧИНЫ СВЯЗАННЫЕ С ОБСЛУЖИВАНИЕМ (ПЕРСОНАЛ БОЛЕЕ КОМПЕТЕНТЕН/ ДРУЖЕЛЮБЕН . . 21 УЧРЕЖДЕНИЕ ЧИЩЕ . . . . 22 ОБСЛУЖИВАНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНО . . . . . 23 КОРОЧЕ ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ . . . . 24 УДОБЕН РЕЖИМ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЯ . . . 25 ДОСТУПНЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВИДЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ . . . . 26 ОБСЛУЖИВАНИЕ ДЕШЕВЛЕ . . . . 31 ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ АНОНИМНОСТЬ . . . . . . 41 ДРУГОЕ __________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 98	→ 534
531	Что является основной причиной того, что Вы не используете методы контрацепции для предохранения от беременности? Сіздің жүктіліктен сақтайтын контрацепциялық әдістерді қолданбауыңыздың басты себебі неде?	НЕ ЗАМУЖЕМ . . . . 11 БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕТ ПОЛОВЫХ СВЯЗЕЙ . . . . 21 РЕДКИЕ ПОЛОВЫЕ СВЯЗИ . . . . 22 МЕНОПАУЗА/ГИСТЕРЕКТОМИЯ . . . . . . 23 БЕСПЛОДИЕ . . . . 24 КОРМИТ ГРУДЬЮ . . . . 25 ХОЧЕТ (БОЛЬШЕ) ДЕТЕЙ . . . . 26 БЕРЕМЕННА . . . . 27 НЕЖЕЛАНИЕ ПРИБЕГНУТЬ К КОНТРАЦЕПЦИИ НЕЖЕЛАНИЕ ЖЕНЩИНЫ . . . . 31 НЕЖЕЛАНИЕ МУЖА . . . . 32 НЕЖЕЛАНИЕ ДРУГИХ . . . . 33 РЕЛИГИОЗНЫЕ ПРИЧИНЫ . . . . 34 НЕДОСТАТОЧНАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НЕ ЗНАЛА О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ . . . . 41 НЕ ЗНАЛА ОБ ИСТОЧНИКЕ ПРИОБРЕТЕНИЯ . . . 42 ПРИЧИНЫ СВЯЗАННЫЕ С МЕТОДОМ БЕСПОКОЙСТВО О ВРЕДЕ НА ЗДОРОВЬЕ . . . . 51 БОЯЗНЬ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ . . . . . . 52 НЕДОСТУПНОСТЬ (ДАЛЕКО) . . . . 53 ДОРОГОВИЗНА . . . . 54 НЕУДОБСТВА В ПРИМЕНЕНИИ . . . . . . 55 ВЛИЯЕТ НА НОРМАЛЬНУЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ . . . . . 56 ДРУГОЕ __________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 98	

532	Знаете ли Вы место, где могли бы приобрести метод контрацепции? Сіз контрацепциялық құралды алатын орынды білесіз бе?	ДА .... 1 НЕТ 2	534
533	Где это место находится? Ол орын қайда орналасқан? ЕСЛИ ИСТОЧНИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНИЦА, ПОЛИКЛИНИКА ИЛИ ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ, ЗАПИСАТЬ НАЗВАНИЕ И РАСПОЛОЖЕНИЕ. ТАКЖЕ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ ИСТОЧНИК И ОКРУГЛИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КОД. ________________ (НАЗВАНИЕ МЕСТА)	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА .... 11 ПОЛИКЛИНИКА .... 12 ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ .... 13 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА .... 14 МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК .... 15 ДРУГОЕ ГОС МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ/ЛИЦО __________ 16 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ЧАСТНЫЙ СЕКТОР МЕДИЦИНЫ ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА, КЛИНИКА 21 ЧАСТНАЯ АПТЕКА 22 ЧАСТНЫЙ ВРАЧ 23 ПЕРЕДВИЖНАЯ КЛИНИКА 24 ЧАСТНЫЙ МЕДРАБОТНИК 25 ДР ЧАСТНОЕ МЕД УЧРЕЖД/ЛИЦО __________ 26 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДРУГОЙ ИСТОЧНИК МАГАЗИН 31 РЕЛИГИОЗНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ 32 ДРУЗЬЯ, РОДСТВЕННИКИ, ЗНАКОМЫЕ, СОСЕДИ 33 ДРУГОЕ __________ 36 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
534	*Посещал ли Вас за последние 12 месяцев медработник, который обсуждал использование контрацептивов?* Сізге соңғы 12 ай ішінде контрацепция әдістері туралы әңгімелесуге медицина қызметкері келді ме?	ДА .... 1 НЕТ 2	
535	Посещали ли Вы медицинское учреждение по какому-либо поводу в течение последних 12 месяцев? Сіз соңғы 12 ай ішінде әртүрлі себептермен медициналық мекемеге бардыңыз ба?	ДА .... 1 НЕТ 2	537
536	Разговаривал ли с Вами кто-либо из медицинского учреждения об использовании контрацептивов? Сізбен медициналық мекемеден қайсыбіреулер контрацепция әдістерін қолдану туралы сөйлесті ме?	ДА .... 1 НЕТ 2	
537	Считаете ли Вы, что грудное вскармливание каким-либо образом влияет на возможность забеременеть? Сіз балаға емшек емізу жүкті болу\болмауға әсерін тигізеді деп ойлайсыз ба?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЕТ 8	601
538	Как Вы считаете: повышается или снижается вероятность того, что женщина забеременеет в то время, когда она продолжает кормить ребенка грудью? Сіз қалай ойлайсыз, бала емізу кезінде, әйелдің жүкті болып қалу мүмкіндігі артады ма, әлде кемиді ме?	ПОВЫШАЕТСЯ .... 1 СНИЖАЕТСЯ .... 2 ЗАВИСИТ ОТ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ .... 3 НЕ ЗНАЕТ 8	601 (1)

No	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
539	ПРОВЕРИТЬ 208 РОДИЛСЯ ПО-МЕНЬШЕЙ МЕРЕ ОДИН РЕБЕНОК ☐ ↓ НЕ БЫЛО ДЕТЕЙ ☐ →		601
540	Полагались ли Вы когда-либо на грудное вскармливание как на метод предохранения от беременности? Сіз бала емізуге жүкті болғызбайтын әдіс ретінде арнайы көңіл бөліп сендіңіз бе?	ДА . . . . . . 1 НЕТ 2	 601
541	ПРОВЕРИТЬ 227 И 514 ЖЕНЩИНА НЕ БЕРЕМЕННА ИЛИ НЕ УВЕРЕНА, А ТАКЖЕ ЕЙ НЕ ПРОВОДИЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЮ ☐ ↓ ЖЕНЩИНА ЛИБО БЕРЕМЕННА, ЛИБО ЕЙ ПРОВОДИЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЮ ☐ →		601
542	Полагаетесь ли Вы сейчас на грудное вскармливание как на метод предупреждения беременности? Қазір сіз қазір бала емізуді жүкті болғызбайтын сенімді әдіс деп ойлайсыз ба?	ДА . . . . . . 1 НЕТ 2	

Раздел 6. ЗАМУЖЕСТВО

No	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
601	ОТМЕТИТЬ: ПРИСУТСТВУЮТ ЛИ ПОСТОРОННИЕ ЛИЦА ВО ВРЕМЯ ДАННОГО ОПРОСА	ДА / НЕТ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ ДО 10 ЛЕТ .... 1 / 2 МУЖ ИЛИ ПОЛОВОЙ ПАРТНЕР.. 1 / 2 ДРУГОЙ МУЖЧИНА .... 1 / 2 ДРУГАЯ ЖЕНЩИНА .... 1 / 2	
602	Замужем ли Вы в данный момент, или живете с мужчиной? Казір сіз күйеудесіз бе, әлде еркекпен тұрып жатырсыз ба?	В ДАННОЕ ВРЕМЯ ЗАМУЖЕМ . 1 ЖИВЕТ С МУЖЧИНОЙ ..... 2 НЕТ СВЯЗЕЙ С МУЖЧИНОЙ 3	1, 2 → 607
603	Имеете ли вы в данное время постоянного полового партнера, партнера, с которым Вы имеете редкие связи, или вообще не имеете полового партнера? Казіргі уақытта тұрақты жыныс серігіңіз бар ма, немесе кездейсоқ серіктер ме, әлде жыныс серігіңіз мүлдем жоқ па?	ПОСТОЯННЫЙ ПОЛОВОЙ ПАРТНЕР . . 1 НЕПОСТОЯННЫЙ ПАРТНЕР .. 2 НЕТ ПОЛОВОГО ПАРТНЕРА . 3	
604	Были ли Вы когда-либо замужем или жили с мужчиной? Сіз бұрын-соңды күйеуге шықтыңыз ба, немесе еркекпен тұрдыңыз ба?	РАНЬШЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ .. 1 ЖИЛА С МУЖЧИНОЙ .... 2 НЕТ.................... 3	2 → 611 3 → 615
606	Каково Ваше семейное положение: являетесь ли Вы вдовой, разведены или разлучены? Сіздің қазіргі отбасы жағдайыңыз қандай: сіз жесірсіз бе, ажырасқансыз ба әлде айрылысқансыз ба?	ВДОВА .... 1 РАЗВЕДЕНА ...... 2 РАЗЛУЧЕНА 3	1, 2, 3 → 611
607	Живет ли Ваш муж/партнер с Вами, или он в основном находится где-то в другом месте? Сіздің еріңіз\серігіңіз сізбен бірге тұрады ма, немесе ол негізінде бөлек тұрады ма?	ЖИВЕТ С НЕЙ .... 1 НАХОДИТСЯ В ДРУГОМ МЕСТЕ 2	
611	Были ли Вы замужем, или жили с мужчиной только один раз, или более чем один раз? Сіз күйеуге бір немесе бірнеше рет шықтыңыз ба, әлде еркекпен бір рет немесе бірнеше рет тұрдыңыз ба?	ОДИН РАЗ .... 1 БОЛЬШЕ ЧЕМ ОДИН РАЗ .. 2	

No	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
612	ПРОВЕРИТЬ 611 ЗАМУЖЕМ/ЖИЛА С МУЖЧИНОЙ ТОЛЬКО ОДИН РАЗ ☐ ↓ В каком месяце и году Вы начали жить с Вашим мужем/партнером? Сіз қай ай мен жылдан бастап өзіңіздің күйеуіңізбен\серігіңізбен тура бастадыңыз? ЗАМУЖЕМ/ЖИЛА С МУЖЧИНОЙ БОЛЕЕ ОДНОГО РАЗА ☐ ↓ Сейчас мне бы хотелось поговорить о Вашем первом муже/партнере. В каком месяце и году Вы начали жить с ним? Қазір сізбен бірінші күйеуіңіз\серігіңіз туралы әңгімелессек. Сіз қай ай мен жылдан бастап онымен бірге тура бастадыңыз?	МЕСЯЦ .... ☐☐ НЕ ЗНАЕТ МЕСЯЦА .... 98 ГОД .... ☐☐ НЕ ЗНАЕТ ГОДА 98	→615
613	Сколько Вам было лет, когда Вы впервые начали с ним жить? Сіз онымен алғаш тура бастағанда қанша жаста едіңіз?	ВОЗРАСТ .... ☐☐	
615	Сейчас мне хотелось бы задать Вам вопросы о Вашей половой жизни. Это необходимо знать для того, чтобы лучше понять некоторые проблемы, связанные с контрацепцией. Когда в последний раз Вы имели половую связь? Қазір менің сізге жыныстық қатынастарыңыз туралы сұрақтар бергім келіп отыр. Оны білу контрацепциялық әдістерді қолдануға байланысты туындайтын қиындықтарды жақсы түсіну үшін керек. Сіз соңғы рет қашан жыныстық қатынаста болдыңыз?	НИКОГДА .... 000 ДНЕЙ НАЗАД .... 1 ☐☐ НЕДЕЛЬ НАЗАД .... 2 ☐☐ МЕСЯЦЕВ НАЗАД .... 3 ☐☐ ЛЕТ НАЗАД .... 4 ☐☐ ДО ПОСЛЕДНИХ РОДОВ 996	→712
619	Сколько Вам было лет, когда Вы впервые имели половую связь? Бірінші рет жыныстық қатынасқа түскен кезде, сіздің жасыңыз қаншада еді?	ВОЗРАСТ .... ☐☐ ВПЕРВЫЕ - КОГДА ВЫШЛА ЗАМУЖ 96	

Раздел 7. ОТНОШЕНИЕ К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА И КОНТРАЦЕПЦИИ

№	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
701	ПРОВЕРИТЬ 514 ЖЕНЩИНЕ НЕ ПРОВОДИЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЮ ☐ ↓ ЖЕНЩИНЕ ПРОВОДИЛИ СТЕРИЛИЗАЦИЮ ☐ → 712		712
702	ПРОВЕРИТЬ 227 НЕ БЕРЕМЕННА ИЛИ НЕ УВЕРЕНА ☐ ↓ Сейчас мне хотелось бы задать вопросы о будущем. Хотели бы Вы иметь (еще одного) ребенка, или предпочли бы не иметь (больше) детей? Казір мен болашагыныз туралы сурактар коямын. Сіздін (тагы бір) баланы болганыз келеді ме немесе сіз баска бала тугыныз келмейді ме? БЕРЕМЕННА ☐ ↓ Сейчас мне хотелось бы задать вопросы о будущем. После того как родите ребенка, хотели бы Вы иметь еше детей, или предпочли бы не иметь больше детей? Казір мен сіздік болашагыныз туралы сурактар коямын. Сіз күтіп отырган бала тууган сон, тагы да баланы болганыз келеді ме, немесе баска бала тугыныз келмейді ме?	РОДИТЬ ЕЩЕ РЕБЕНКА . . . . 1 БОЛЬШЕ НЕ РОЖАТЬ . . . . 2 ЗАЯВЛЯЕТ, ЧТО НЕ МОЖЕТ ЗАБЕРЕМЕНЕТЬ . . 3 НЕ РЕШИЛА/НЕ ЗНАЕТ 8	 2, 3 → 706 8 → 704
703	ПРОВЕРИТЬ 227 НЕ БЕРЕМЕННА ИЛИ НЕ УВЕРЕНА ☐ ↓ Сколько времени Вы предпочли бы ждать до рождения (следующего) ребенка? Сіз (келесі) баланы туулы канша уакыт күткініз келеді? БЕРЕМЕННА ☐ ↓ После рождения ребенка сколько времени Вы хотите ждать до рождения следующего ребенка? Сіз казір күтіп отырган бала туылган сон, келесі баланы туулы канша уакыт күткініз келеді?	МЕСЯЦЕВ . . . . 1 ☐☐ ЛЕТ . . . . 2 ☐☐ СКОРО/ПРЯМО СЕЙЧАС . . . . 993 ЗАЯВЛЯЕТ, ЧТО НЕ МОЖЕТ ЗАБЕРЕМЕНЕТЬ . . . 994 ПОСЛЕ ВЫХОДА ЗАМУЖ . . . 995 ДРУГОЕ ________ 996 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ 998	 993, 994 → 706

№	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
704	ПРОВЕРИТЬ 227 НЕ БЕРЕМЕННА ИЛИ НЕ УВЕРЕНА ☐ ↓ БЕРЕМЕННА ☐		→ 707
705	Если допустим Вы забеременеете в течение следующих нескольких недель, были бы Вы довольны или недовольны, узнав об этом, или это было бы Вам безразлично? Егер сіз келесі бірнеше апта ішінде жүкті болып қалсаңыз, бұл туралы біліп, разы, немесе наразы болар ма едіңіз, әлде сізге бәрі бір ме?	ДОВОЛЬНА . . . . . . 1 НЕДОВОЛЬНА . . . . . . 2 БЕЗРАЗЛИЧНО 3	
706	ПРОВЕРИТЬ 513: ПРИМЕНЯЕТ ЛИ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ? НЕ СПРАШИВАЛИ ☐ ↓ НЕ ПРИМЕНЯЕТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ☐ ↓ ПРИМЕНЯЕТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ☐		→ 712
707	Думаете ли Вы, что будете использовать метод контрацепции для предохранения от беременности в течение последующих 12 месяцев? Сіз келесі 12 ай ішінде жүктіліктен сақтану үшін контрацепция әдістерін қолданам деп ойлайсыз ба?	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ 8	→ 709
708	*Думаете ли Вы, что будете использовать метод контрацепции когда-нибудь в будущем?* Сіз келешекте контрацепциялық әдістерді қолданамын деп ойлайсыз ба?	ДА . . . . . . 1 НЕТ . . . . . . 2 НЕ ЗНАЕТ 8	(2, 8) → 710

No.	Question	Coding categories	Skip
709	Какой из методов контрацепции Вы предпочли бы применить? Сіз контрацепциялық әдістердің қайсы түрін қолданғанды қалар едіңіз?	ТАБЛЕТКИ .... 01 ВНУТРИМАТОЧН. СРЕДСТВА .... 02 ИНЪЕКЦИИ .... 03 ДИАФРАГМЫ/ГУБКИ/СВЕЧИ .... 05 ПРЕЗЕРВАТИВ .... 06 СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИНЫ .... 07 КАЛЕНДАРНЫЙ МЕТОД .... 09 ПРЕРВАННЫЙ АКТ .... 10 ДРУГОЕ ____________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ УВЕРЕНА 98	→712
710	Что является основной причиной того, что Вы никогда не будете применять методы контрацепции? Сіздің контрацепциялық әдістерді ешқашан қолданбаймын деуіңіздің негізгі себебі неде?	НЕ ЗАМУЖЕМ ____________ 11 БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕДКИЕ ПОЛОВЫЕ СВЯЗИ ____________ 22 МЕНОПАУЗА/ГИСТЕРЕКТОМИЯ ____________ 23 БЕСПЛОДИЕ ____________ 24 ХОЧЕТ (БОЛЬШЕ) ДЕТЕЙ ____________ 26 НЕЖЕЛАНИЕ ПРИБЕГНУТЬ К КОНТРАЦЕПЦИИ НЕЖЕЛАНИЕ ЖЕНЩИНЫ ____________ 31 НЕЖЕЛАНИЕ МУЖА ____________ 32 НЕЖЕЛАНИЕ ДРУГИХ ____________ 33 РЕЛИГИОЗНЫЕ ПРИЧИНЫ ____________ 34 НЕДОСТАТОЧНАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НЕ ЗНАЛА О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ ____________ 41 НЕ ЗНАЛА О МЕСТЕ, ГДЕ МОЖНО БЫЛО БЫ ПРИОБРЕСТИ КОНТРАЦЕПТИВЫ ____________ 42 ПРИЧИНЫ СВЯЗАННЫЕ С МЕТОДОМ БЕСПОКОЙСТВО О ВРЕДЕ НА ЗДОРОВЬЕ ____________ 51 БОЯЗНЬ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ____________ 52 НЕДОСТУПНОСТЬ (ДАЛЕКО) ____________ 53 ДОРОГОВИЗНА ____________ 54 НЕУДОБСТВА В ПРИМЕНЕНИИ ____________ 55 НЕУДОБСТВА ДЛЯ НОРМАЛЬНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ____________ 56 ДРУГОЕ ____________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) НЕ ЗНАЕТ ____________ 98	22–98 →712

No	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
711	Использовали ли бы Вы метод контрацепции, если бы вышли замуж? Егер сіз турмыска шыксаныз, контрацепция əдістерін колданар ма едініз?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЕТ 8	
712	ПРОВЕРИТЬ 223 ИМЕЮТСЯ ЖИВЫЕ ДЕТИ ☐ Если бы Вы вернулись к тому времени, когда у Вас не было детей, могли бы Вы сказать: сколько детей Вы бы хотели иметь в течение всей Вашей жизни? Егер сіздін əлі балаларыныз жок уакытка кайта оралсак, сіз өміріңізде неше баланыз болганын калар едініз? НЕТ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ ☐ Если бы у Вас был выбор, могли бы Вы сказать: сколько детей Вы бы хотели иметь в течение всей Вашей жизни? Егер сізде таңдау мүмкіндігі болса, сіз өміріңізде неше баланыз болғанын қалар едініз? ПОПЫТАТЬСЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛАЕМЫХ ДЕТЕЙ	КОЛИЧЕСТВО .... ☐☐ ДРУГОЕ ________________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	→714
713	Сколько мальчиков и сколько девочек, а также сколько детей, пол которых Вам безразличен, Вы желали бы иметь? Неше ул жəне неше кыз болганын калайсыз, жəне нешеуінін жынысы сізге бəрі бір болар еді?	МАЛЬЧИКОВ ЧИСЛО .... ☐☐ ДРУГОЕ ________________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДЕВОЧЕК ЧИСЛО .... ☐☐ ДРУГОЕ ________________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО) ДЕТЕЙ, ПОЛ КОТОРЫХ БЕЗРАЗЛИЧЕН ЧИСЛО .... ☐☐ ДРУГОЕ ________________ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	

714	Одобряете или неодобряете ли Вы использование методов контрацепции для того, чтобы избежать беременности? Контрацепциялық әдістерді жүктіліктен сақтану үшін пайдалануды қолдайсыз ба әлде жоқ па?	ОДОБРЯЕТ . . . 1 НЕ ОДОБРЯЕТ . . . 2 НЕ ВЫСКАЗАЛА МНЕНИЯ . . . 3	
715	Считаете ли допустимым или недопустимым, если бы информация по контрацепции передавалась: По радио? По телевидению? Контрацепция туралы хабарды радио немесе теледидар арқылы хабарлағанды. сіз дұрыс әлде бұрыс деп есептейсіз бе?	ДОПУСТИМО / НЕДОПУСТИМО / НЕ ЗНАЕТ ПО РАДИО . . . 1 2 8 ПО ТЕЛЕВИДЕНИЮ . . 1 2 8	
716	Слышали ли Вы что-либо о контрацепции за последние несколько месяцев? По радио? По телевидению? Из газет или журналов? Из объявлений? Из брошюр или листовок? Соңғы бірнеше ай ішінде контрацепция туралы хабарлар естідіңіз бе? Радиодан? Теледидардан? Газет және журналдан? Жарнамадан? Кітапшалар және үндеу қағаздан?	ДА / НЕТ ПО РАДИО . . . 1 2 ПО ТЕЛЕВИДЕНИЮ . . . 1 2 ИЗ ГАЗЕТ ИЛИ ЖУРНАЛОВ . . . 1 2 ИЗ ОБЪЯВЛЕНИЯ . . . 1 2 ИЗ БРОШЮР ИЛИ ЛИСТОВОК . . . 1 2	
718	Обсуждали ли Вы вопросы контрацепции со своими друзьями, соседями, родственниками в течение последних нескольких месяцев? Соңғы бірнеше айда жолдастарыңызбен, көршілеріңізбен. туыстарыңызбен контрацепция мәселелерін талқыладыңыз ба?	ДА . . . 1 НЕТ . . . 2	→ 720
719	С кем именно? С кем-нибудь еще? Кіммен? Тағы да кіммен? ОТМЕТИТЬ ТЕХ, КОГО УПОМЯНУЛА В ОТВЕТЕ.	МУЖ/ ПАРТНЕР . . . A МАТЬ . . . B ОТЕЦ . . . C СЕСТРА . . . D БРАТ . . . E ДОЧЬ . . . F СВЕКРОВЬ . . . G ДРУЗЬЯ/СОСЕДИ . . . H ДРУГИЕ ________ X (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	

No	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
720	ПРОВЕРИТЬ 603 В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЗАМУЖЕМ ☐ ↓ ЖИВЕТ С МУЖЧИНОЙ ☐ ↓ НЕТ СВЯЗЕЙ С МУЖЧИНОЙ ☐		→ 801
721	Супруги/партнеры не всегда бывают во всем согласны между собой. Мне сейчас хотелось бы спросить о том, что думает Ваш муж/партнер о контрацепции. Думаете ли Вы, что Ваш муж/партнер допускает использование методов контрацепции для того, чтобы предохраниться от беременности? Ерлі-зайыптылар\жыныстық серіктестер әрдайым бір-бірімен келісе бермейді. Сондықтан сіздің еріңіздің\серігіңіздің контрацепция жөніндегі пікірі туралы сурағым келіп отыр Сіздің еріңіз\серігіңіз жүктіліктен сақтану үшін контрацепциялық әдістерді пайдалануды қолдайды деп ойлайсыз ба?	ДОПУСКАЕТ .... 1 НЕ ДОПУСКАЕТ .... 2 НЕ ЗНАЕТ 8	
722	Как часто Вы разговаривали со своим мужем/партнером о вопросах контрацепции за последний год? Сіз соңғы бір жыл ішінде контрацепция туралы еріңізбен\серігіңізбен қаншалықты жиі әңгімелестіңіз?	НИ РАЗУ .... 1 ОДИН ИЛИ ДВА РАЗА .... 2 ЧАЩЕ 3	
723	Думаете ли Вы, что Ваш муж/партнер желает иметь такое же количество детей, как и Вы, или может быть больше, или меньше? Бала саны жайында сіздің және еріңіздің\серігіңіздің пікірлеріңіз бірдей деп ойлайсыз ба? Әлде ол көптеу немесе аздау бала болғанын қалайды ма?	ТО ЖЕ КОЛИЧЕСТВО .... 1 БОЛЬШЕ ДЕТЕЙ .... 2 МЕНЬШЕ ДЕТЕЙ .... 3 НЕ ЗНАЕТ 8	

Раздел 8. ИНФОРМАЦИЯ О МУЖЕ И О РАБОТЕ ЖЕНЩИНЫ

Nо	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
801	ПРОВЕРИТЬ 602 И 604 В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЗАМУЖЕМ ИЛИ ЖИВЕТ С МУЖЧИНОЙ [ ] (↓ 802) РАНЬШЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ ИЛИ ЖИЛА С МУЖЧИНОЙ [ ] → 803 НИКОГДА НЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ И НЕ ЖИЛА С МУЖЧИНОЙ [ ] → 809		803 809
802	Сколько полных лет Вашему мужу/партнеру? Сіздің еріңіздің\серігіңіздің толық жасы нешеде?	ПОЛНЫХ ЛЕТ .... [ ][ ]	
803	Учился ли Ваш муж/партнер в школе, училище, техникуме или институте? Сіздің еріңіз\серігіңіз мектепте, училищеде, техникумда немесе институтта оқыған ба?	ДА .... 1 НЕТ 2	 806
804	Каков уровень образования в том учебном заведении в котором учился или учится Ваш муж\партнер? Еріңіз\серігіңіз оқыған немесе оқып жатқан оқу орнындағы білім деңгейі қандай?	НАЧАЛЬНОЕ/СРЕДНЕЕ .... 1 СРЕДНЕЕ СПЕЦИАЛЬНОЕ .... 2 ВЫСШЕЕ .... 3 НЕ ЗНАЕТ 8	 806
805	Сколько классов/курсов он проучился в том учебном заведении? Сол оқу орнында ол неше класс\курс бітірді?	КЛАССОВ/КУРСОВ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ 98	
806	Где и кем Ваш муж (последний муж/партнер) работает(тал), или каково его занятие на последней работе? Сіздің (соңғы) еріңіз\серігіңіз қайда және кім болып жұмыс істейді (стеді) немесе соңғы жұмыс орнындағы атқарған қызметі қандай?	____________ [ ][ ] ____________	
807	ПРОВЕРИТЬ 806 МУЖ РАБОТАЕТ (РАБОТАЛ) В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ [ ] (↓ 808) МУЖ НЕ РАБОТАЕТ (НЕ РАБОТАЛ) В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ [ ] → 809		809
808	Работает(тал) ли Ваш муж/партнер на государственной земле, своем собственном земельном или принадлежащем семье участке, или на арендованном участке? Сіздің еріңіз\серігіңіз мемлекет жерінде, өзінің жеке меншік жерінде, от басы иеленетін жерде, немесе жалға алынған жерде жұмыс істейді (істеді) ме?	ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЗЕМЛЕ .... 1 ЕГО СОБСТВЕННОЙ ЗЕМЛЕ .... 2 ЗЕМЛЕ, ПРИНАДЛЕЖАЩЕЙ СЕМЬЕ .... 3 АРЕНДОВАННОМ УЧАСТКЕ 4	

No.	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
809	Помимо работы по дому, работаете ли Вы где-либо? ЕСЛИ НЕТ: Находитесь ли Вы в декретном отпуске? Үй жұмысынан басқа сіз, тағы басқа жерде жұмыс істейсіз бе? *ЕГЕР ІСТЕМЕСЕ: Балаға қарау үшін арнайы демалыстасыз ба?*	ДА .... 1 НЕТ .... 2 В ДЕКРЕТНОМ ОТПУСКЕ 3	1 → 812 3 → 812
810	Как Вы знаете, некоторые женщины устраиваются на работу, за которую им платят зарплату. Другие занимаются продажей вещей, продуктов питания, сами организуют малое предприятие, или владеют участком земли, на котором работают вместе с семьей. Занимаетесь ли Вы чем-нибудь наподобие перечисленного? Өзіңіз білетіндей, кейбір әйелдер жалақы төлейтін жұмысқа тұрады. Ал кейбіреулері алып-сатарлықпен айналысады, өздері кіші кәсіпорын ашады, немесе жер иеленіп, сонда от басы мүшелерімен жұмыс істейді. *Сіз осы аталған жұмыстың қайсы біреуімен айналысасыз ба?*	ДА .... 1 НЕТ 2	1 → 812
811	*Занимались ли Вы какой-либо работой в течение последних 12 мес.?* Сіз соңғы 12 айда қандай да бір жұмыспен айналыстыңыз ба?	ДА .... 1 НЕТ 2	2 → 826
812	Где и кем Вы работаете, или каково Ваше основное занятие (работа)? Сіз қайда және кім болып жұмыс істейсіз немесе *сіздің негізгі қызметіңіз (жұмысыңыз) қандай?*	______ ☐☐	
813	ПРОВЕРИТЬ 812 ЖЕНЩИНА РАБОТАЕТ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ ☐ ↓ ЖЕНЩИНА НЕ РАБОТАЕТ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ ☐ → 815		→ 815
814	Работаете ли Вы на государственной земле, своем собственном земельном или принадлежащем семье участке, или на арендованном участке? Сіз мемлекет жерінде, өзіңіздің жеке меншік жеріңізде, от басы иеленетін жерде, немесе жалға алынған жерде жұмыс істейсіз бе?	ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЗЕМЛЕ .... 1 СОБСТВЕННОЙ ЗЕМЛЕ .... 2 ЗЕМЛЕ, ПРИНАДЛЕЖАЩЕЙ СЕМЬЕ .... 3 АРЕНДОВАННОМ УЧАСТКЕ 4	

815	Работаете ли Вы на государственной службе или государственном предприятии; на частном предприятии, принадлежащей Вам или Вашему мужу или члену Вашей семьи; или работаете на чьем-либо частном предприятии; или занимаетесь индивидуальной трудовой деятельностью? Сіз мемлекеттік кызметтесіз бе, немесе мемлекеттік кәсіпорында істейсіз бе, өзіңіздің, еріңіздің әлде от басы мүшелерінің біреуінің меңгіріндегі жеке меншік кәсіпорында істейсіз бе, немесе біреудің меңгіріндегі жеке меншік кәсіпорында істейсіз бе, әлде жеке еңбек кызметімен айналысасыз ба?	НА ГОСУДАРСТВО .... 1 СОБСТВЕННОЕ/СЕМЕЙНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ .... 2 ЧУЖОЕ ЧАСТНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ .... 3 ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ .. 4	
816	Работаете ли Вы в течение всего года, или посезонно, или вообще только однократно (эпизодически)? Сіз жумысты жыл бойы, белгілі бір маусымда, немесе жылына бір рет (анда-санда) аткарасыз ба?	В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО ГОДА .... 1 ПОСЕЗОННО .... 2 ОДНОКРАТНО (ЭПИЗОДИЧЕСКИ) 3	→818 →819
817	Сколько всего месяцев из последних 12 месяцев Вы работали? Соңгы 12 ай ішінде неше ай жумыс істедініз?	КОЛИЧЕСТВО МЕСЯЦЕВ .... ☐☐	
818	(В те месяцы, когда Вы работали,) сколько дней в неделю Вы были на работе? Жумыс істеген кезде, аптасына неше күн жумыста болдыңыз?	КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ .... ☐	→820
819	Сколько приблизительно дней Вы работали за последние 12 месяцев? Сіз соңгы 12 ай ішінде барлыгы неше күн жумыс істедініз?	КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ .... ☐☐☐	
820	Зарабатываете(заработали) ли Вы какие-нибудь деньги за свою работу? Өзіңіз аткарган жумыс үшін кандай да бір жалакы аласыз (алдыңыз) ба? СПРОСИТЬ: Платят ли Вам деньги за Вашу работу? Сурау керек: Аткарган жумысыңызга жалакы төлейді ме?	ДА .... 1 НЕТ 2	 →823

Nо.	Вопросы и фильтры	Категории кодирования	Переход
822	ПРОВЕРИТЬ 602 ЗАМУЖЕМ/ЖИВЕТ С МУЖЧИНОЙ ☐ Кто принимает основное решение о том, как должны быть использованы заработанные Вами деньги: Вы, Ваш муж/партнер, Вы вместе с мужем/партнером, *кто-то другой, или Вы вместе с кем-то другим?* Сіздің жалақыңызды қалай пайдалану керектігі туралы негізгі шешімді кім қабылдайды: өзіңіз, сіздің күйеуіңіз\серігіңіз, сіз еріңізбен бірігіп, басқа біреу, әлде сіз басқа біреумен бірігіп? НЕ ЗАМУЖЕМ/С МУЖЧИНОЙ НЕ ЖИВЕТ ☐ Кто принимает основное решение о том, как должны быть использованы заработанные Вами деньги: Вы, кто-то другой, или Вы вместе с кем-то другим? Сіздің жалақыңызды қалай пайдалану керектігі туралы шешімді кім қабылдайды? Сіз, басқа біреу, немесе сіз басқалармен ақылдасып?	РЕШАЕТ ЖЕНЩИНА ... 1 РЕШАЕТ МУЖ/ПАРТНЕР ... 2 РЕШАЮТ ВМЕСТЕ С МУЖЕМ/ПАРТНЕРОМ ... 3 РЕШАЕТ КТО-ТО ДРУГОЙ ... 4 РЕШАЮТ ВМЕСТЕ С КЕМ-ТО ДРУГИМ ... 5	
823	Работаете ли Вы в основном дома или вне дома? Сіз жұмысты негізінен үйде немесе сырт жерде істейсіз бе?	ДОМА ... 1 ВНЕ ДОМА ... 2	
824	ПРОВЕРИТЬ 223: ЕСТЬ ЛИ РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ ИЛИ МЛАДШЕ? ДА ☐ НЕТ ☐ → 826		826
824A	Живет ли (ИМЯ САМОГО МЛАДШЕГО РЕБЕНКА) с Вами? (ЕҢ КІШІ БАЛАНЫҢ ЕСІМІ) сізбен бірге турады ма?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	 826
825	Кто обычно следит за (ИМЯ САМОГО МЛАДШЕГО РЕБЕНКА) в то время пока Вы на работе? *Сіз жұмыста болған кезде, (ЕҢ КІШІ БАЛАНЫҢ ЕСІМІ) кім қарайды?*	САМА ЖЕНЩИНА ... 01 МУЖ/ПАРТНЕР ... 02 СТАРШАЯ ДЕВОЧКА ... 03 СТАРШИЙ МАЛЬЧИК ... 04 ДРУГИЕ РОДСТВЕННИКИ ... 05 СОСЕДИ ... 06 ДРУЗЬЯ ... 07 НЯНЬКА ... 08 РЕБЕНОК В ДЕТСАДУ ... 10 ЖЕНЩИНА НЕ РАБОТАЛА СО ВРЕМЕНИ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА ... 95 ДРУГОЕ ______ 96 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
826	ЗАПИСАТЬ ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ ИНТЕРВЬЮ	ЧАСОВ ... ☐☐ МИНУТ ... ☐☐	

АНТРОПОМЕТРИЯ И ИЗМЕРЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ

Раздел 9. РОСТ И ВЕС

В 901 И 902 ЗАПИСАТЬ РОСТ И ВЕС ЖЕНЩИНЫ

901	РОСТ ЖЕНЩИНЫ В САНТИМЕТРАХ	☐☐☐.☐	
902	ВЕС ЖЕНЩИНЫ В КИЛОГРАММАХ	☐☐☐.☐	
903	РЕЗУЛЬТАТ	ИЗМЕРЕНИЕ ПРОВЕДЕНО ..... 1 ИЗМЕРЕНИЕ НЕ ПРОВЕДЕНО ..... 2 ПОЛУЧЕН ОТКАЗ ..... 3 ДРУГОЕ _______ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
904	ПРОВЕРИТЬ 435 ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА ☐ ↓	НЕТ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА ☐ → 1001	

В 905 ВНЕСТИ НОМЕРА ЛИНИЙ ДЛЯ КАЖДОГО ЖИВОГО РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА. В 906 И 907 ЗАПИСАТЬ ИМЕНА И ДАТЫ РОЖДЕНИЯ УКАЗАННЫХ ДЕТЕЙ. В 909 И 911 ЗАПИСАТЬ ДАННЫЕ ИХ РОСТА И ВЕСА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ БОЛЬШЕ ДВУХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА, ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ.

		[1] САМЫЙ МЛАДШИЙ ЖИВОЙ РЕБЕНОК.	[2] ПРЕДПОСЛЕДНИЙ ЖИВОЙ РЕБЕНОК.
905	НОМЕР ЛИНИИ ИЗ 434	☐☐	☐☐
906	ИМЯ РЕБЕНКА ИЗ 435	(ИМЯ) _______	(ИМЯ) _______
907	ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЗ 215. КРОМЕ ТОГО НАДО СПРОСИТЬ У ЖЕНЩИНЫ ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА	ДЕНЬ ..... ☐☐ МЕСЯЦ ..... ☐☐ ГОД ..... ☐☐	ДЕНЬ ..... ☐☐ МЕСЯЦ ..... ☐☐ ГОД ..... ☐☐

908	ПРОВЕРИТЬ НАЛИЧИЕ РУБЦА ОТ ИММУНИЗАЦИИ БЦЖ НА ПЛЕЧЕ У РЕБЕНКА	РУБЕЦ НЕ ВИДЕН .... 1 РУБЕЦ 1-4 ММ .... 2 РУБЕЦ 5 ММ И БОЛЕЕ 3	РУБЕЦ НЕ ВИДЕН .... 1 РУБЕЦ 1-4 ММ .... 2 РУБЕЦ 5 ММ И БОЛЕЕ 3
909	РОСТ В САНТИМЕТРАХ	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐
910	ИЗМЕРЕН ЛИ РОСТ/ДЛИНА РЕБЕНКА В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА ИЛИ СТОЯ	ЛЕЖА .... 1 СТОЯ 2	ЛЕЖА .... 1 СТОЯ 2
911	ВЕС В КИЛОГРАММАХ	☐☐.☐	☐☐.☐
912	ДАТА, КОГДА ПРОВОДИЛОСЬ ИЗМЕРЕНИЕ	ДЕНЬ ☐☐ МЕСЯЦ ☐☐ ГОД ☐☐	ДЕНЬ ☐☐ МЕСЯЦ ☐☐ ГОД ☐☐
913	РЕЗУЛЬТАТ.	ИЗМЕРЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОВЕДЕНО .... 1 РЕБЕНОК БОЛЕН .... 2 РЕБЕНКА НЕ БЫЛО .... 3 РЕБЕНОК ОТКАЗАЛСЯ .... 4 МАТЬ ОТКАЗАЛАСЬ .... 5 ДРУГОЕ ____________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ИЗМЕРЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОВЕДЕНО .... 1 РЕБЕНОК БОЛЕН .... 2 РЕБЕНКА НЕ БЫЛО .... 3 РЕБЕНОК ОТКАЗАЛСЯ .... 4 МАТЬ ОТКАЗАЛАСЬ .... 5 ДРУГОЕ ____________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)

914 Ф. И. О. ЛИЦА ПРОВОДИВШЕГО ИЗМЕРЕНИЯ ____________ ☐☐ ФИО ПОМОЩНИКА ____________ ☐☐

Казақстан Республикасы-
Ғылым министірлігі -
Ғылым академиясы

Тағамтану институты



Министерство науки-
Академия наук
Республики Казахстан

Институт питания

Центр, сотрудничающий с Всемирной организацией здравоохранения



Центр, сотрудничающий с Университетом ООН

№_____ “ ___ “_________199__

Құрметті ханым!

Тағамтану институты Казақстанда медициналық және демографиялық зерттеулер жүргізуде. Осы бағдарламаға сәйкес біз әйелдер мен сәбилер арасында анемияның таралуын зерттеудеміз. Біз сіздің осы бағдарламаға қатысуыңызды өтінеміз. Осыған орай Денсаулық сақтау министрлігі анемияның алдын алу және емдеудің арнайы шараларын дайындар еді.

Анемия халықта - қаназдылық деп аталатын науқастың түрі. Ол - өкпеге, жүрекке және т.б. органдарға зиянды, әсіресе жүктілік пен бала босану кезінде. Сондықтан әйелдердің денсаулығы үшін, анемияны ерте анықтау маңызды болып табылады.

Бүгінде, жаңа құралдардың арқасында, бұл науқасты бірнеше минуттың ішінде анықтауға мүмкіндік туып отыр. Құралға бір тамшы қан жеткілікті: ол анемияның негізгі көрсеткіші болып саналатын гемоглобиннің мөлшерінің II г\л-ден төмен екендігін тез арада анықтап береді.

Егер, сіз, осы бағдарламаға қатысуға келісеніз, анемияны анықтау үшін сіздің және 3 жасқа дейінгі сәбиіңіздің саусағынан бір тамшы қанды біздің медбикенің алуына рұқсат етуіңізді өтінеміз. Қандағы гемоглобин мөлшері Америкадан алынған жаңа Хемокью құралымен анықталады. Зерттеу нәтижесі бірнеше минуттан соң белгілі болады және ол ешкімге жарияланбайды.

Егер сіз осы бағдарламаға қатысуға келісеңіз, өзіңізден және балаңыздан бір тамшы қан алуға рұқсат еткеніңізді білдіріп, қол қойсаңыз. Ал егер, осы бағдарламаға қатыспаймын деп шешсеңіз, бұл сіздің хұқыңыз, біз оны сыйлап, түсінуге тырысамыз.

Мен ____
Аты, Жөні
анемияны анықтауға бір тамшы қан тапсыруға келісемін. Және де мен өзімнің баламнан (балаларымнан) анемияны анықтау үшін бір тамшы қан алуға рұқсат етемін.

Колы ____

Мерзімі ________ ________________ I995жыл

480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул. Клочкова, 66, тел.(3272)429-203, факс (3272)420-720
Расчетный счет 015124731 в Головном РКЦ при ГАТУ Нацбанка г.Алматы
код 190501109, РНН - 600700012918, МФО 61803

Қазақстан Республикасы-
Ғылым министірлігі -
Ғылым академиясы
Тағамтану институты



Министерство науки-
Академия наук
Республики Казахстан
Институт питания

Центр, сотрудничающий с Всемирной организацией здравоохранения

Центр, сотрудничающий с Университетом ООН

№_____ " ___ " _________199__

Уважаемая женщина!

Институт питания проводит медико-демографические исследования в Казахстане. В рамках данной программы мы изучаем распространенность анемии у женщин и их детей раннего возраста. Мы просим Вашего участия в этой программе, благодаря которой Министерство здравоохранения Казахстана сможет разработать специальные меры по предупреждению и лечению анемии.

Анемия - это заболевание, которое иначе называют малокровием. Анемия может привести к осложнениям на сердце, легкие и другие органы, особенно во время беременности и родов. Поэтому в интересах здоровья женщин исключительно важным является ранняя диагностика анемии.
Сегодня, благодаря новейшим приборам, стало возможным быстро, в течение нескольких минут определять наличие данного заболевания. Достаточно лишь одной капли крови и прибор укажет: имеете ли Вы сниженный уровень (11 г/дл) гемоглобина, что является основным индикатором анемии.

Если Вы согласны принять участие в данной программе, мы просим Вас сдать для анализа каплю крови из пальца. Кроме того, если у Вас имеется ребенок в возрасте до трех лет, позвольте нашей медсестре взять каплю крови у Вашего ребенка для диагностики у него анемии. Процедура будет проведена стерильными инструментами. Возможно, что Вы почувствуете лишь незначительную и кратковременную боль во время укола в палец. Кровь будет анализирована при помощи новейшего американского прибора Хемокью. Результаты могут быть предоставлены Вам спустя несколько минут после анализа, и мы сохраним их конфиденциальность.

Если Вы согласны принять участие в программе, распишитесь, пожалуйста, в том, что Вы согласны сдать каплю крови для анализа и разрешаете взять кровь у Вашего ребенка. Если Вы решили не принимать участие в этой программе - это Ваше право, и мы с уважением и пониманием отнесемся к этому; это не приведет ни к каким отрицательным последствиям для Вас.

*Я*____
Фамилия, Имя, Отчество

согласна сдать каплю крови для диагностики анемии. Я также разрешаю взять каплю крови у моего ребенка (детей) для диагностики анемии.

Подпись ____________________

Дата "_______" ______________1995 года

480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул. Клочкова, 66, тел.(3272)429-203, факс (3272)420-720
Расчетный счет 015124731 в Головном РКЦ при ГАТУ Нацбанка г.Алматы
код 190501109, РНН - 600700012918, МФО 61803

Раздел 10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ

ВСЕ АНКЕТИРОВАННЫЕ ЖЕНЩИНЫ ПОДЛЕЖАТ ИЗМЕРЕНИЮ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ. В 1001 ЗАПИСАТЬ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ У ЖЕНЩИНЫ.

1001	УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ У ЖЕНЩИНЫ (Г/ДЛ)	[ ][ ].[ ]	
1002	РЕЗУЛЬТАТ	ИЗМЕРЕНИЕ ПРОВЕДЕНО .... 1 ИЗМЕРЕНИЕ НЕ ПРОВЕДЕНО .... 2 ПОЛУЧЕН ОТКАЗ .... 3 ДРУГОЕ ______________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	
1003	ПРОВЕРИТЬ 435 ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА [ ] ↓	НЕТ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА [ ] → 1009	

В 1004 ВНЕСТИ НОМЕРА ЛИНИЙ ДЛЯ КАЖДОГО ЖИВОГО РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА. В 1005 ЗАПИСАТЬ ИМЕНА УКАЗАННЫХ ДЕТЕЙ. В 1006 ЗАПИСАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ. ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ БОЛЬШЕ ДВУХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЯНВАРЯ 1992 ГОДА, ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ.

		1 САМЫЙ МЛАДШИЙ ЖИВОЙ РЕБЕНОК	2 ПРЕДПОСЛЕДНИЙ ЖИВОЙ РЕБЕНОК
1004	НОМЕР ЛИНИИ ИЗ 434	[ ][ ]	[ ][ ]
1005	ИМЯ РЕБЕНКА - ИЗ 435	(ИМЯ) ______________	(ИМЯ) ______________
1006	УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ (Г/ДЛ)	[ ][ ].[ ]	[ ][ ].[ ]

1007	РЕЗУЛЬТАТ	ИЗМЕРЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОВЕДЕНО .... 1 РЕБЕНОК БОЛЕН .... 2 РЕБЕНКА НЕ БЫЛО .... 3 РЕБЕНОК ОТКАЗАЛСЯ .... 4 МАТЬ ОТКАЗАЛАСЬ .... 5 ДРУГОЕ ______________________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)	ИЗМЕРЕНИЕ РЕБЕНКУ ПРОВЕДЕНО .... 1 РЕБЕНОК БОЛЕН .... 2 РЕБЕНКА НЕ БЫЛО .... 3 РЕБЕНОК ОТКАЗАЛСЯ .... 4 МАТЬ ОТКАЗАЛАСЬ .... 5 ДРУГОЕ ______________________ 6 (УКАЗАТЬ КОНКРЕТНО)
1008	Ф. И. О. ЛИЦА ПРОВОДИВШЕГО ИЗМЕРЕНИЯ ____________ [ ][ ]	ФИО ПОМОЩНИКА ____________ [ ][ ]	
1009	ПРОВЕРИТЬ 1001 И 1006 УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА ВЫШЕ 7 Г/ДЛ [ ] → К КОНЦУ	УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У ЖЕНЩИНЫ ИЛИ У ОДНОГО ИЗ ДЕТЕЙ НИЖЕ 7 Г/ДЛ [ ] → ПИСЬМО СОГЛАСИЕ НОМЕР 2	

ВНЕСТИ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА В ТАБЛИЦУ, ОТРЕЗАТЬ НИЖНЮЮ ЧАСТЬ ЛИСТА И ПРЕДОСТАВИТЬ ДАННЫЕ РЕСПОНДЕНТУ

ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ

Результаты измерения гемоглобина в крови

Дата ______ ______________ 1995

ИМЯ	Респондент ____________	Самый младший ребенок ____________	Предпоследний ребенок ____________
УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ (Г\ДЛ)	[ ][ ].[ ] У ВАС	[ ][ ].[ ] У ВАШЕГО РЕБЕНКА	[ ][ ].[ ] У ВАШЕГО РЕБЕНКА
<u>По классификации ВОЗ:</u> Норма: Выше 11 г\дл Умеренная анемия: 10 - 11 г\дл Выраженная аномия: 7 - 10 г\дл Тяжелая анемия: Ниже 7 г\дл	Нормальный уровень Умеренная анемия Выраженная анемия Тяжелая анемия	Нормальный уровень Умеренная анемия Выраженная анемия Тяжелая анемия	Нормальный уровень Умеренная анемия Выраженная анемия Тяжелая анемия

В случае тяжелой анемии (уровень гемоглобина в в крови ниже 7 г\дл), мы рекомендуем Вам немедленно обратиться к врачу.

Если у Вас возникли вопросы о методике проведения исследования, Вы можете позвонить к нам по телефону в г. Алматы: (3272)429-111, или написать по адресу: Отдел Национальной политики в области питания, Института питания Национальной Академии наук 480008, г. Алматы, ул. Клочкова, д 66, каб. 305

Қазақстан Республикасы-
Ғылым министрлігі -
Ғылым академиясы

Тағамтану институты



Министерство науки-
Академия наук
Республики Казахстан

Институт питания

№ ____ ___ ______ 199__

Центр, сотрудничающий с Всемирной организацией здравоохранения

Центр, сотрудничающий с Университетом ООН

№ Құрметті ханым! ______ 199__

Біз, сіздің (балаңыздың) қанында гемоглобиннің мөлшерінің төмен екенін анықтадық. Бұл сізде (балаңызда) денсаулыққа айтарлықтай нұқсан келтіретін анемияның ауыр түрі бар екендігінің белгісі. Сондықтан біз бұл туралы сіздің дәрігеріңізді хабардар етуіміз керек деп есептейміз. Бұл сіздегі (балаңыздағы) анемияның пайда болу себептерін анықтап, емдеуге көмектеседі. Егер келіссеңіз мына қағазға қол қоюыңызды өтінеміз.

Мен ____

Аты, Жөні

Мен өзімнің (баламның) қанында гемоглобин мөлшерінің төмен екендігі туралы жергілікті дәрігерге хабарлауға келісім беремін.

Қолы ____

Мерзімі ____ ________ 1995жыл

480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул. Клочкова, 66, тел.(3272)429-203, факс (3272)420-720
Расчетный счет 015124731 в Головном РКЦ при ГАТУ Нацбанка г.Алматы
код 190501109, РНН - 600700012918, МФО 61803

Қазақстан Республикасы-
Ғылым министірлігі -
Ғылым академиясы

Тағамтану институты



Министерство науки-
Академия наук
Республики Казахстан

Институт питания

Центр, сотрудничающий с Всемирной организацией здравоохранения

Центр, сотрудничающий с Университетом ООН

№_____ " ___ " _________199__

Уважаемая женщина!

Мы обнаружили, что у Вас (Вашего ребенка) низкий уровень гемоглобина в крови. Это свидетельствует о том, что у Вас (Вашего ребенка) развилась тяжелая анемия, что может серьезным образом отразиться на здоровье. Мы считаем необходимым проинформировать Вашего врача об этом. Это помогло бы лучше организовать дальнейшую диагностику и лечение анемии у Вас (Вашего ребенка). Если Вы согласны с этим, распишитесь, пожалуйста, на этом листе.

Я ____

Фамилия, Имя, Отчество

согласна с тем, что информация о том, что у меня (моего ребенка) диагностирован низкий уровень гемоглобина в крови, будет предоставлена врачам местного лечебно-профилактического учреждения.

Подпись ____

Дата " ______ " ______________ 1995 года

480008, Республика Казахстан, г.Алматы, ул. Клочкова, 66, тел.(3272)429-203, факс (3272)420-720
Расчетный счет 015124731 в Головном РКЦ при ГАТУ Нацбанка г.Алматы
код 190501109, РНН - 600700012918, МФО 61803

КОММЕНТАРИИ

Комментарии о респонденте ______________________________

____

____

Комментарии по отдельным вопросам ______________________________

____

Другие комментарии ______________________________

____

____

КОММЕНТАРИИ СУПЕРВИЗОРА

____

____

____

____

Имя супервизора ______________________________ Дата ______________

КОММЕНТАРИИ РЕДАКТОРА

____

____

____

____

Имя редактора ______________________________ Дата ______________